

ISSN: 1663-6317



JISTID

Journal International des
Sciences, Technologies et
Innovations pour le
Développement

Volume 1, numéro 4
Juillet - Septembre 2025

**Discuter à propos de l'assurance
maladie complémentaire : régulation,
accès aux soins et inégalités de
couverture : cas d'étude du Djibouti.**

HAWA DINI ISMAEL

Doctorant en Sciences de la Santé,

Option : Epidémiologie, Université de LISALA, RDC

Email de l'auteur : marwoismail52@gmail.com

RÉSUMÉ

L'assurance maladie complémentaire (AMC) joue un rôle croissant dans les systèmes de santé contemporains, en particulier dans les pays où la couverture publique est limitée ou insuffisante. À Djibouti, comme dans de nombreux pays africains en développement, l'accès équitable aux soins demeure un défi majeur. Le système de santé, bien que structuré autour d'une couverture sociale de base, laisse subsister d'importantes inégalités, notamment entre les employés du secteur public, les travailleurs du secteur informel et les populations rurales. L'AMC, censée réduire la charge financière des ménages face aux soins, devient alors un instrument potentiel de renforcement de l'équité, mais aussi, paradoxalement, un facteur de discrimination si elle est mal régulée.

Cette étude a pour **objectif général** d'analyser le rôle de l'assurance maladie complémentaire dans la régulation du système de santé à Djibouti, son impact sur l'accès aux soins, et les formes d'inégalités qu'elle peut engendrer ou atténuer. Pour ce faire, **une approche qualitative** a été adoptée, combinant l'analyse documentaire, des entretiens semi-directifs avec des responsables d'organismes d'assurance, des professionnels de santé, et des bénéficiaires, ainsi que l'étude de quelques cas concrets d'utilisation ou de non-

utilisation de l'AMC dans différents milieux sociaux.

Les résultats révèlent que l'AMC à Djibouti reste très inégalement répartie. Les bénéficiaires issus du secteur formel, notamment les fonctionnaires et employés des grandes entreprises, jouissent d'une meilleure couverture et d'un accès facilité aux structures privées. En revanche, les travailleurs informels, les chômeurs et les populations rurales sont souvent exclus du dispositif, faute de ressources financières ou de mécanismes d'adhésion souples. De plus, l'absence d'une régulation stricte du marché de l'AMC favorise des disparités tarifaires et des clauses restrictives, limitant l'effectivité de la couverture pour certaines catégories.

En conclusion, si l'assurance maladie complémentaire peut contribuer à améliorer l'accès aux soins à Djibouti, elle doit s'inscrire dans un cadre de régulation solide, transparent et inclusif. Sans des mécanismes publics de redistribution, de mutualisation et de contrôle, l'AMC risque de renforcer les inégalités sociales en matière de santé. Il est donc essentiel de repenser son intégration dans le système national de santé, en lien avec les politiques de couverture universelle et de justice sociale.

Mots-clés : Assurance santé – Inégalités sociales – Accès aux soins – Régulation – Djibouti

ABSTRACT

Supplementary health insurance (SHI) plays a growing role in contemporary healthcare systems, particularly in countries where public coverage is limited or insufficient. In Djibouti, as in many developing African countries, equitable access to healthcare remains a major challenge. The healthcare system, although structured around basic social security coverage, still allows significant inequalities, particularly between public sector employees, informal sector workers, and rural populations. SHI, intended to reduce the financial burden on households when it comes to healthcare, thus becomes a potential instrument for strengthening equity, but also, paradoxically, a factor of discrimination if poorly regulated.

The overall objective of this study is to analyze the role of supplementary health insurance in regulating the healthcare system in Djibouti, its impact on access to healthcare, and the forms of inequalities it can generate or mitigate. To achieve this, a qualitative approach was adopted, combining documentary analysis, semi-structured interviews with insurance organization managers, healthcare professionals, and beneficiaries, as well as the study of several concrete cases of AMC use or non-use in different social settings.

The results reveal that AMC in Djibouti remains very unevenly distributed.

Beneficiaries from the formal sector, particularly civil servants and employees of large companies, enjoy better coverage and easier access to private structures. In contrast, informal workers, the unemployed and rural populations are often excluded from the scheme due to a lack of financial resources or flexible enrollment mechanisms. Furthermore, the lack of strict regulation of the AMC market fosters pricing disparities and restrictive clauses, limiting the effectiveness of coverage for certain categories.

In conclusion, while supplementary health insurance can contribute to improving access to healthcare in Djibouti, it must be part of a robust, transparent, and inclusive regulatory framework. Without public mechanisms for redistribution, pooling, and monitoring, supplementary health insurance risks reinforcing social inequalities in health. It is therefore essential to rethink its integration into the national health system, in line with universal coverage and social justice policies.

Keywords: Health insurance – Social inequalities – Access to healthcare – Regulation – Djibouti

1) INTRODUCTION

1.1. Contexte

Dans la plupart des pays en développement, les systèmes de protection sociale en matière de santé sont encore limités dans leur capacité à garantir un accès équitable et universel aux soins. Face à cette situation, l'assurance

maladie complémentaire (AMC) apparaît comme une solution alternative ou complémentaire permettant d'alléger le reste à charge des usagers, de faciliter le recours aux soins, et de diversifier les mécanismes de financement de la santé. Elle intervient souvent pour combler les insuffisances des régimes de base, en couvrant des soins spécialisés, des médicaments coûteux ou des prestations hospitalières dans les établissements privés (Pauly et al., 2006).

À Djibouti, le système national d'assurance maladie repose sur une couverture de base assurée principalement pour les fonctionnaires et certains salariés du secteur formel. Toutefois, une grande partie de la population, notamment les travailleurs informels, les indépendants et les habitants des zones rurales, reste en marge de cette couverture. L'assurance maladie complémentaire y est encore peu développée, peu régulée et largement inégalitaire dans son accès. Selon le rapport de l'OMS (2022), seuls 20 % de la population djiboutienne bénéficient d'une protection santé complète, accentuant les risques de renoncement aux soins pour les plus vulnérables.

La régulation de l'AMC devient dès lors un enjeu fondamental pour éviter qu'elle ne renforce les inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins. Une complémentaire de santé mal encadrée peut en effet favoriser la sélection des risques, l'exclusion implicite des personnes à faibles revenus, et la création

de marchés dualisés entre services de santé publics et privés. Cette recherche se propose donc d'analyser comment l'AMC fonctionne à Djibouti, quelles en sont les limites en matière d'accès équitable, et quelles pistes peuvent être envisagées pour la rendre plus inclusive et mieux régulée.

1.2 Problématique

L'accès aux soins constitue l'un des piliers de l'équité dans les systèmes de santé. Or, dans les pays où les ressources publiques sont limitées, le recours à des mécanismes complémentaires d'assurance santé devient souvent nécessaire pour obtenir une couverture adéquate. Cependant, ces mécanismes, lorsqu'ils ne sont pas régulés, peuvent accentuer les disparités entre catégories sociales. D'après Wagstaff et al. (2018), les assurances complémentaires, si elles ne font pas l'objet d'une politique d'inclusion, tendent à exclure les plus pauvres et les travailleurs précaires du système de santé.

À Djibouti, les populations les plus vulnérables sont souvent confrontées à un double obstacle : l'absence de couverture de base et l'inaccessibilité financière à une assurance complémentaire. Dans ce contexte, les inégalités de couverture se traduisent par un accès différencié aux soins selon le statut socio-économique, le lieu de résidence ou l'appartenance professionnelle. Le manque d'information, la méfiance envers les prestataires privés, et l'absence de

mutualisation renforcent également cette exclusion silencieuse. Selon un rapport du Ministère de la Santé de Djibouti (2021), plus de 60 % des dépenses de santé sont assurées directement par les ménages, ce qui aggrave les inégalités d'accès aux soins.

Face à cette réalité, se pose la question de l'efficacité de l'assurance maladie complémentaire en tant qu'outil de réduction des inégalités sociales de santé à Djibouti.

1.3. Question générale

Quel est l'impact de l'assurance maladie complémentaire sur la régulation du système de santé, l'accès aux soins et les inégalités de couverture à Djibouti ?

1.4. Questions spécifiques

- Quels sont les profils socio-économiques des bénéficiaires et des non-bénéficiaires de l'assurance maladie complémentaire à Djibouti ?
- Quelles sont les limites du cadre réglementaire actuel en matière d'AMC ?
- En quoi l'AMC améliore-t-elle ou détériore-t-elle l'accès aux soins pour les groupes vulnérables ?

1.5. Objectif général

Analyser le rôle de l'assurance maladie complémentaire dans la régulation du système de santé et son influence sur l'accès équitable aux soins à Djibouti.

1.6. Objectifs spécifiques

- Identifier les catégories sociales couvertes ou non par l'AMC à Djibouti.
- Évaluer l'efficacité du cadre réglementaire existant.
- Mesurer l'impact de l'AMC sur l'accès aux soins selon les groupes sociaux.

1.7. Hypothèse générale

L'assurance maladie complémentaire, en l'absence de régulation adéquate, contribuerait à renforcer les inégalités d'accès aux soins à Djibouti tout en profitant majoritairement aux groupes socialement favorisés.

1.8. Hypothèses spécifiques

- L'AMC serait principalement accessible aux salariés du secteur formel et aux ménages à revenu moyen ou élevé.
- Le cadre réglementaire actuel serait insuffisant pour garantir l'équité dans la distribution des produits complémentaires de santé.
- Les populations rurales et les travailleurs informels seraient largement exclus de la couverture complémentaire.

2) REVUE DE LA LITTERATURE

2.1. Cadre conceptuel de l'assurance maladie complémentaire

2.1.1 Concepts clés

2.1.1.1 Assurance maladie complémentaire (AMC)

L'assurance maladie complémentaire désigne tout dispositif visant à prendre en charge tout ou partie des dépenses de santé non couvertes par l'assurance maladie de base, comme les tickets modérateurs, les soins non essentiels, ou certains frais hospitaliers dans les établissements privés. Elle peut être proposée par des compagnies privées, des mutuelles, des associations professionnelles ou des structures communautaires. Son rôle est d'alléger le reste à charge des assurés et d'améliorer leur accès aux soins. Cependant, son efficacité est fortement tributaire du cadre réglementaire, de la capacité contributive des populations, et des mécanismes de mutualisation mis en place (Pauly et al., 2006 ; Sekhri & Savedoff, 2005). Dans les pays à revenu faible, l'AMC est souvent peu développée et reste l'apanage des groupes les plus favorisés.

2.1.1.2. Régulation du système de santé

La régulation du système de santé renvoie à l'ensemble des instruments, normes et mécanismes utilisés par les autorités publiques pour garantir la performance, la transparence et l'équité du système. Elle

permet notamment d'encadrer les pratiques des acteurs privés, de limiter les comportements discriminatoires (comme la sélection des risques) et de protéger les consommateurs (WHO, 2010). Dans le domaine de l'assurance complémentaire, la régulation est cruciale pour éviter les abus du marché, encadrer les primes, garantir l'inclusivité et assurer la viabilité des régimes. Une régulation bien pensée favorise une meilleure intégration de l'AMC dans la stratégie nationale de santé (Lagomarsino et al., 2012).

2.1.1.3. Accès aux soins

L'accès aux soins désigne la capacité effective d'une population à obtenir des services de santé de qualité, au moment opportun, sans obstacles financiers, géographiques, socioculturels ou administratifs. Il se décline selon quatre dimensions principales : la disponibilité, l'accessibilité financière, l'acceptabilité et la qualité (Peters et al., 2008). L'AMC, si elle est bien encadrée, peut améliorer l'accès aux soins en réduisant le coût des services. Toutefois, dans un contexte de faible régulation, elle peut creuser un fossé entre ceux qui ont les moyens d'y adhérer et les populations vulnérables qui en sont exclues (Wagstaff et al., 2018).

2.1.1.4. Inégalités de couverture

Les inégalités de couverture renvoient aux disparités dans l'accès à la protection sociale en santé selon divers facteurs comme le revenu, l'âge, le sexe, la profession ou la

localisation géographique. Dans les pays où l'assurance maladie est segmentée entre un régime de base faible et une complémentaire privée, les écarts d'accès aux soins se creusent. D'après le Rapport mondial sur la couverture sanitaire universelle (WHO, 2019), ces inégalités se traduisent par des taux de renoncement aux soins plus élevés chez les pauvres, les ruraux et les travailleurs informels. L'AMC, lorsqu'elle n'est pas adossée à un dispositif solidaire, aggrave ces inégalités (Ridde et al., 2019).

2.1.1.5. Système de santé à Djibouti

Le système de santé djiboutien repose sur une offre publique sous forte pression, avec un accès gratuit partiel dans certains établissements, mais une qualité de soins inégale et un déficit en personnel qualifié. Le secteur privé, bien que plus performant en apparence, est peu accessible aux couches défavorisées. La couverture maladie de base reste limitée aux agents de l'État et à certains salariés du secteur formel. L'AMC, encore peu développée, est majoritairement proposée par des assureurs privés aux employés des grandes entreprises. Le système est donc marqué par une forte inégalité d'accès aux soins, en particulier pour les femmes, les ruraux et les informels (Ministère de la Santé de Djibouti, 2021 ; OMS, 2022). L'intégration d'une AMC régulée et solidaire pourrait constituer un levier de réduction de ces écarts.

2.2 QUELQUES THEORIES DE NOTRE ETUDE

2.2.1 La théorie de la justice sociale de John Rawls

La théorie de la justice sociale formulée par John Rawls repose sur deux principes fondamentaux : le principe de liberté égale pour tous, et le principe de différence, selon lequel les inégalités économiques et sociales ne sont acceptables que si elles bénéficient aux membres les plus défavorisés de la société. Appliquée au domaine de la santé, cette théorie insiste sur la nécessité de garantir à chacun un accès équitable aux soins de santé, indépendamment de son statut socio-économique. Dans le contexte de Djibouti, cette approche questionne la légitimité d'un système de santé où seuls les plus aisés ont accès à l'assurance complémentaire. Une régulation juste de l'AMC devrait viser à redistribuer les ressources pour permettre une inclusion effective des groupes vulnérables (Rawls, 1971).

2.2 2. La théorie du capital social (Putnam)

Le capital social, selon Putnam, désigne les réseaux de relations, la confiance mutuelle et les normes de coopération qui permettent aux sociétés de mieux fonctionner. Dans le domaine de la santé, un capital social élevé favorise l'adhésion collective à des systèmes solidaires comme les mutuelles communautaires, et facilite la diffusion de l'information sur les droits sociaux. À Djibouti, où les mécanismes d'assurance

complémentaire sont encore peu développés, le faible capital social dans les zones rurales et chez les travailleurs informels peut expliquer une adhésion limitée à l'AMC. L'absence de réseaux de solidarité structurés affaiblit également la capacité des communautés à négocier des formes de couverture

2.2. 3. La théorie de la segmentation du marché de la santé

La théorie de la segmentation du marché de la santé met en lumière la coexistence de plusieurs niveaux d'accès aux soins selon le statut social. Elle distingue généralement trois segments : un secteur public sous-financé pour les populations pauvres, un secteur privé performant réservé aux riches, et un secteur intermédiaire pour les classes moyennes bénéficiant d'assurance complémentaire. Cette fragmentation reproduit et renforce les inégalités sociales en matière de santé. À Djibouti, l'assurance complémentaire, en l'absence d'encadrement et de mécanismes de redistribution, peut accentuer cette segmentation : elle bénéficie surtout aux salariés du secteur formel, excluant les autres groupes sociaux. Ainsi, elle risque de contribuer à une dualisation du système de santé (Weller & Singleton, 2006).

4. La théorie de l'économie de l'information (Akerlof)

La théorie de l'économie de l'information, proposée par George Akerlof, s'intéresse aux effets pervers causés par l'asymétrie d'information entre les acteurs du marché.

Dans le domaine de l'assurance santé, cette théorie permet de comprendre deux risques majeurs : la sélection adverse (les personnes les plus malades cherchent davantage à s'assurer) et l'aléa moral (les assurés, une fois couverts, tendent à consommer plus de soins). À Djibouti, ces phénomènes peuvent affecter le développement de l'assurance complémentaire : les assureurs, pour se protéger, imposent des conditions restrictives qui excluent indirectement les plus à risque, comme les personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques. Cela limite l'équité du système et appelle à une régulation publique efficace (Akerlof, 1970).

5. Le modèle de l'accès aux soins de Penchansky et Thomas

Penchansky et Thomas (1981) ont proposé un modèle multidimensionnel de l'accès aux soins, composé de cinq dimensions clés : la disponibilité des services, l'accessibilité financière, l'acceptabilité socioculturelle, l'accessibilité géographique, et l'adéquation des services aux besoins des usagers. Ce cadre théorique permet d'analyser de manière fine comment l'assurance maladie complémentaire influence l'accès réel aux soins. À Djibouti, bien que certaines personnes disposent d'une AMC, leur accès aux soins peut rester limité par des obstacles financiers (restes à charge élevés), des distances géographiques ou un manque d'adéquation des prestations couvertes. Ce modèle est particulièrement utile pour

identifier les barrières multiples affectant les groupes vulnérables.

6. La théorie de la protection contre les risques financiers en santé

Développée dans les travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Banque mondiale, cette théorie repose sur le principe que tout système de santé équitable doit protéger les individus contre les dépenses de santé catastrophiques, c'est-à-dire susceptibles de plonger un ménage dans la pauvreté. L'assurance maladie, y compris l'AMC, est donc conçue comme un instrument de protection financière. Toutefois, pour remplir ce rôle, elle doit être universelle, abordable et bien régulée. À Djibouti, l'AMC est encore inaccessible pour une majorité, ce qui limite sa capacité à jouer ce rôle protecteur. Une intégration de l'AMC dans une politique publique de couverture universelle serait nécessaire pour assurer une réelle protection contre les risques financiers (WHO, 2010).

2.3 QUELQUES ETUDES EMPURIQUES

1. Sekhri, N., & Savedoff, W. (2005)

Dans leur article publié par l'Organisation mondiale de la santé, Sekhri et Savedoff (2005) analysent l'impact des assurances maladie privées dans les pays en développement, en insistant sur les limites de l'assurance maladie complémentaire (AMC) dans des contextes de faible régulation. Ils mettent en lumière le risque que l'AMC aggrave les inégalités sociales, notamment par

la sélection des risques, la discrimination à l'enrôlement et une couverture limitée aux populations du secteur formel. Cette étude montre que, sans intervention publique, l'AMC tend à exclure les populations vulnérables. Elle est particulièrement utile pour comprendre les risques systémiques que pourrait générer un développement non encadré de l'AMC à Djibouti.

2. Ridde, V., & al. (2019)

Dans l'ouvrage collectif coordonné par Ridde et ses collègues (2019), les auteurs s'intéressent aux mécanismes d'accès équitable à la santé dans plusieurs pays ouest-africains. L'analyse révèle que les dispositifs d'assurance, y compris les complémentaires, peinent à couvrir les travailleurs informels, les ruraux et les femmes. Les expériences étudiées montrent l'importance des mutuelles communautaires, mais aussi leurs limites lorsqu'elles ne bénéficient pas d'un appui institutionnel fort. Bien que Djibouti n'y soit pas directement abordé, les enseignements tirés de ces pays sont transférables et permettent de proposer des pistes d'action pour renforcer l'équité dans l'accès à l'AMC.

1. Lagomarsino, G., et al. (2012)

L'étude comparative menée par Lagomarsino et al. (2012) dans *The Lancet* présente les réformes de l'assurance santé dans neuf pays d'Afrique et d'Asie. Les auteurs mettent en évidence les approches ayant permis d'élargir l'accès à la couverture santé, notamment en intégrant l'AMC dans les dispositifs publics,

en subventionnant les primes pour les plus pauvres, ou en régulant les assureurs. Cette étude est utile pour envisager des modèles d'intégration progressive de l'AMC à Djibouti, en prenant exemple sur les pays qui ont réussi à étendre la couverture tout en limitant les inégalités d'accès.

2. Chemouni, B. (2018)

Dans son article sur la construction de l'État au Rwanda, Chemouni (2018) explique comment une volonté politique forte peut transformer les structures sociales et administratives, y compris dans le secteur de la santé. Il revient notamment sur le succès des mutuelles communautaires rwandaises, qui couvrent plus de 80 % de la population. Cette réussite repose sur une forte implication de l'État, une mutualisation des risques, et une tarification solidaire. Cette étude apporte des éléments précieux pour envisager une gouvernance inclusive de l'AMC à Djibouti, et démontre que des solutions africaines adaptées sont possibles.

6. Ministère de la Santé de Djibouti (2021)

Le rapport annuel 2020–2021 du Ministère de la Santé de Djibouti fournit un état des lieux complet du système de santé national. Il met en évidence les défis liés à l'insuffisance de ressources humaines et matérielles, les inégalités géographiques d'accès aux soins, et la couverture limitée du régime de base. Le rapport indique aussi que la couverture maladie complémentaire reste marginale et réservée à une minorité de travailleurs du

secteur formel. Ce document institutionnel constitue une base essentielle pour contextualiser le débat sur l'AMC à Djibouti et justifier la nécessité d'une réforme encadrée.

6. WHO (2022)

Le profil sanitaire de Djibouti publié par l'OMS en 2022 propose une analyse synthétique des principaux indicateurs de santé du pays : espérance de vie, mortalité maternelle, couverture vaccinale, financement du système de santé, etc. Le rapport souligne l'insuffisance du financement public de la santé, la faible couverture de la population par les régimes d'assurance, et les écarts importants d'accès entre les zones urbaines et rurales. Ce document valide le constat selon lequel l'AMC, en l'état actuel, ne constitue pas une solution universelle et requiert une approche stratégique pour améliorer la justice sociale.

3 . METHODOLOGIE

3.1 Type de recherche

La présente étude adopte une approche **qualitative**, centrée sur la compréhension des dynamiques sociales, institutionnelles et économiques liées à l'assurance maladie complémentaire (AMC) à Djibouti. Ce type de recherche est particulièrement pertinent pour explorer les perceptions des acteurs (assurés, non assurés, décideurs politiques, prestataires de soins), les pratiques d'accès aux soins et les inégalités qui en découlent,

dans un contexte où les données statistiques sont limitées et où les réalités sociales ne peuvent être appréhendées uniquement par des indicateurs quantitatifs.

3.2 Lieu d'étude

L'étude est menée en République de Djibouti, un pays de la Corne de l'Afrique situé entre l'Érythrée, l'Éthiopie et la Somalie, avec une population estimée à un peu plus d'un million d'habitants.

4. RESULTATS

4.1. Une régulation encore embryonnaire de l'assurance maladie complémentaire

L'analyse des entretiens menés auprès de responsables d'organismes assureurs, de représentants du ministère de la santé et d'experts en politique publique révèle que la régulation de l'assurance maladie complémentaire (AMC) à Djibouti reste largement insuffisante. Aucun cadre juridique spécifique ne définit les obligations des assureurs privés en matière de couverture minimale, de transparence tarifaire ou de mécanismes de solidarité. Cette absence de cadre favorise la libre fixation des primes et des critères d'éligibilité, ce qui contribue à exclure une grande partie de la population du bénéfice potentiel de l'AMC. Les acteurs institutionnels interrogés reconnaissent la nécessité d'une réforme, mais évoquent le manque de ressources techniques et d'expertise pour élaborer une stratégie réglementaire cohérente.

4.2. Un accès très limité à la couverture complémentaire

Les résultats montrent que l'accès à l'AMC est largement réservé aux salariés des grandes entreprises ou aux fonctionnaires bénéficiant de partenariats institutionnels avec des assureurs. Pour la majorité des travailleurs du secteur informel, des chômeurs et des habitants des zones rurales, l'AMC demeure inaccessible, soit pour des raisons économiques, soit en raison du manque d'information sur son existence. Plusieurs participants ont souligné l'absence de campagnes de sensibilisation ou de communication sur les droits à la couverture santé. L'effet cumulé de la pauvreté, de l'informalité économique et du défaut d'information constitue un frein majeur à l'élargissement de la couverture.

4.3. Des inégalités territoriales et sociales marquées

Les disparités d'accès à l'AMC apparaissent également d'un point de vue géographique. À Djibouti-ville, les structures de santé privées qui acceptent les assurances complémentaires sont relativement accessibles, mais elles sont pratiquement inexistantes dans les régions comme Obock, Dikhil ou Tadjourah. Cette situation accentue les inégalités territoriales. Socialement, les femmes, les jeunes sans emploi stable et les personnes âgées sont parmi les groupes les plus exclus du dispositif complémentaire. Ces inégalités sont perçues comme injustes par les usagers, d'autant plus

que le système de santé public ne parvient pas à compenser cette absence de prise en charge équitable.

4.4. Un potentiel reconnu mais encore inexploité

Malgré ces limites, les personnes interrogées qu'il s'agisse de prestataires de soins, de bénéficiaires ou de décideurs reconnaissent le potentiel de l'assurance maladie complémentaire comme levier d'accès élargi aux soins et de protection contre les dépenses de santé catastrophiques. Plusieurs estiment que si l'État initie une régulation efficace, encourage la mutualisation communautaire, et subventionne l'accès pour les plus pauvres, l'AMC pourrait jouer un rôle important dans la réduction des inégalités. Certains proposent la mise en place de partenariats public-privé pour une extension progressive, mais encadrée, de l'AMC dans le cadre de la stratégie nationale de couverture santé universelle.

4.5. Une couverture partielle malgré l'existence de paquets de soins définis

Les données documentaires et les entretiens ont révélé l'existence d'une structuration formelle des prestations de santé à Djibouti autour de trois paquets principaux : un paquet universel, deux paquets de base (1 et 2), et un ensemble de prestations hospitalières prises en charge dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Le paquet universel, offert gratuitement à toute la population, comprend les programmes

prioritaires tels que la vaccination, la santé de la reproduction, le traitement de la tuberculose, du paludisme, et les consultations infantiles. Le paquet de base 1 couvre intégralement les soins de médecine générale, les accouchements, les césariennes et les médicaments essentiels, tandis que le paquet de base 2 étend cette couverture aux soins spécialisés et analyses prescrites par des spécialistes. Les soins hospitaliers sont également partiellement garantis, incluant les hospitalisations avec ou sans intervention chirurgicale, les examens standards et les médicaments de la liste nationale.

Cependant, plusieurs entretiens ont montré que, dans la pratique, **ces paquets ne couvrent pas tous les besoins réels**, notamment en matière de soins spécialisés non disponibles dans les hôpitaux publics, de médicaments hors liste, ou de consultations dans le secteur privé. C'est dans ces cas que **l'assurance maladie complémentaire est censée intervenir**, mais elle reste **limitée à une minorité de la population**. Les usagers non couverts doivent alors recourir au paiement direct, ce qui renforce les inégalités dans l'accès aux soins. Ainsi, malgré une offre institutionnalisée de services, la **portée réelle de la couverture santé reste inégale**, et l'AMC apparaît comme un **facteur de différenciation sociale** dans l'accès à des soins complets et de qualité.

5. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Les résultats de cette étude montrent clairement que l'assurance maladie complémentaire (AMC) à Djibouti est confrontée à des défis multiples liés à l'absence de régulation, à un accès très inégal, à une couverture géographiquement déséquilibrée et à une complémentarité insuffisamment intégrée dans le système public de santé. Ces constats empiriques rejoignent plusieurs analyses théoriques et travaux antérieurs, tout en soulignant des spécificités djiboutiennes importantes.

Tout d'abord, la faiblesse du cadre réglementaire observée dans cette étude confirme les analyses de Sekhri et Savedoff (2005), qui indiquaient que dans de nombreux pays à faible revenu, l'AMC évolue dans un espace institutionnel non structuré, laissant place à des pratiques de sélection des risques, à des exclusions discriminatoires et à une absence de mécanismes de solidarité. De la même manière, les acteurs institutionnels rencontrés ont souligné le besoin d'un cadre juridique renforcé, capable de garantir l'équité d'accès et la transparence des offres d'assurance. Cette observation s'inscrit aussi dans la logique de la **théorie de la régulation** (Rothstein, 2005), qui souligne que la gouvernance des systèmes de santé nécessite des institutions solides pour corriger les défaillances du marché. Les résultats relatifs à l'inégalité d'accès à l'AMC selon le revenu, le statut professionnel et le lieu de résidence font

écho aux constats du **modèle de la segmentation du système de santé** (Weller & Singleton, 2006). Ce modèle décrit comment les systèmes de santé peut se structurer en segments parallèles, dans lesquels les pauvres dépendent d'un secteur public sous-coté, tandis que les riches bénéficient de couvertures complémentaires permettant l'accès au secteur privé. À Djibouti, la concentration de l'AMC dans les milieux urbains et professionnels formels illustre parfaitement cette dynamique. Cette situation est également expliquée par la **théorie de l'économie de l'information** (Akerlof, 1970), dans laquelle les assureurs, faute de régulation, limitent volontairement l'accès à l'assurance pour éviter les risques liés aux populations vulnérables.

Par ailleurs, les données empiriques confirment les observations de Ridde et al. (2019) en Afrique de l'Ouest, selon lesquelles les dispositifs communautaires ou complémentaires sans soutien étatique peinent à couvrir les groupes les plus marginalisés, notamment les travailleurs informels, les femmes ou les ruraux. Cette exclusion sociale est en contradiction avec les principes de **justice sociale** de Rawls (1971), qui imposent que les systèmes de protection doivent bénéficier d'abord aux plus défavorisés. À Djibouti, non seulement l'AMC n'atteint pas ces groupes, mais elle semble accentuer leur marginalisation.

En ce qui concerne la structuration formelle du système de soins autour des paquets universel, de base et hospitaliers, la littérature reconnaît que cette organisation est une avancée pour garantir un socle minimal de services (OMS, 2022). Toutefois, comme le montre le **modèle de Penchansky et Thomas (1981)**, l'accès réel aux soins ne dépend pas seulement de leur existence sur le papier, mais aussi de leur disponibilité effective, de leur accessibilité financière, géographique, sociale et culturelle. Les résultats de terrain ont montré que de nombreux services ne sont pas disponibles dans les zones rurales ou qu'ils impliquent des restes à charge importants pour les patients non assurés. Cette situation compromet le droit à la santé et confirme les critiques formulées par le modèle de l'**accès multidimensionnel**. certains participants ont exprimé un espoir dans le potentiel de l'AMC à condition d'une implication plus forte de l'État et de la société civile. Ce constat rejoint les approches de **capital social** (Putnam, 2000), qui soulignent l'importance de la coopération communautaire, de la confiance et des réseaux pour renforcer l'accès aux droits sociaux. Il suggère que la réussite de l'AMC ne dépend pas uniquement d'un cadre réglementaire, mais aussi d'un engagement collectif pour la solidarité et l'égalité. les résultats de l'étude confirment largement les tendances observées dans la littérature, tout en mettant en lumière la spécificité djiboutienne : un cadre institutionnel encore trop fragile

pour encadrer efficacement le développement de l'AMC et assurer une couverture équitable de l'ensemble de la population. Il en ressort que sans réforme ambitieuse, l'AMC risque de demeurer un dispositif réservé à une élite, perpétuant les inégalités au lieu de les corriger.

6. CONCLUSION

La présente étude a permis de mettre en lumière les multiples défis auxquels est confrontée l'assurance maladie complémentaire (AMC) à Djibouti. Le constat majeur est celui d'une régulation embryonnaire qui laisse le secteur évoluer dans un cadre juridique et institutionnel insuffisamment structuré, ce qui limite fortement la portée sociale et la transparence des offres d'assurance. Cette situation engendre des pratiques inégalitaires, où la complémentaire santé profite surtout à une minorité appartenant au secteur formel, renforçant ainsi les inégalités existantes.

L'accès à l'AMC apparaît en effet très restreint et socialement discriminant, particulièrement pour les populations vulnérables telles que les travailleurs informels, les femmes, les personnes âgées et les habitants des zones rurales. Ces groupes, souvent exclus du système, doivent alors recourir au paiement direct des soins, ce qui accentue leur précarité sanitaire et financière. De plus, les inégalités territoriales viennent exacerber ces disparités, du fait d'une

concentration des structures de soins partenaires des assurances complémentaires en milieu urbain.

Par ailleurs, malgré l'existence de paquets de soins définis dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire, la couverture réelle reste partielle, avec de nombreuses prestations non prises en charge et une intégration limitée entre le secteur public et les assurances privées. Cette fragmentation limite l'efficacité globale du système et remet en cause la réalisation d'une couverture santé universelle, équitable et durable. Néanmoins, l'étude révèle également un potentiel certain pour l'AMC, à condition qu'une régulation renforcée et des politiques publiques inclusives soient mises en place.

L'amélioration de la régulation, l'élargissement de l'accès à l'assurance complémentaire et une meilleure coordination entre acteurs publics et privés apparaissent comme des priorités indispensables pour faire de l'AMC un levier efficace de réduction des inégalités en santé à Djibouti. Ce travail ouvre la voie à des recherches futures visant à approfondir l'analyse des mécanismes de financement et à proposer des solutions adaptées aux spécificités sociales et territoriales du pays.

7. RECOMMANDATIONS

Au vu des résultats obtenus et des limites identifiées dans l'étude, plusieurs recommandations sont formulées afin de renforcer le rôle de l'assurance maladie

complémentaire (AMC) dans le système de santé djiboutien et de favoriser une couverture plus équitable.

- **Renforcer le cadre réglementaire :** Il est impératif que les autorités djiboutiennes élaborent et mettent en œuvre un cadre juridique précis régissant les activités des assureurs complémentaires. Ce cadre devrait inclure des normes claires sur la couverture minimale, la transparence des tarifs, la lutte contre la sélection des risques et l'instauration de mécanismes de solidarité entre assurés. La création d'une instance de régulation indépendante et dotée de ressources suffisantes est également essentielle pour assurer le contrôle et la supervision des opérateurs.
- **Promouvoir l'accès universel et inclusif :** Pour réduire les inégalités d'accès, des politiques publiques doivent viser à étendre la couverture complémentaire aux populations vulnérables, notamment les travailleurs informels, les femmes et les habitants des zones rurales. Cela pourrait passer par la mise en place de subventions ciblées, la facilitation des adhésions collectives, ou encore le développement de mutuelles communautaires appuyées par l'État. Par ailleurs, des campagnes d'information et de sensibilisation adaptées aux différents contextes socioculturels sont nécessaires pour

améliorer la connaissance et l'acceptation de l'AMC.

- **Développer une meilleure intégration entre secteurs public et privé** : Il est crucial de renforcer la coordination entre les structures publiques de santé et les assureurs privés afin d'assurer une continuité et une qualité de soins optimales. La définition claire des rôles respectifs, la standardisation des procédures de prise en charge et la facilitation des partenariats public-privé pourraient contribuer à une meilleure efficience du système global de couverture santé.

- **Investir dans la décentralisation et l'amélioration des infrastructures sanitaires** : Pour pallier les inégalités territoriales, les autorités doivent accélérer le développement des infrastructures sanitaires dans les régions éloignées et favoriser l'implantation de prestataires agréés par les assureurs complémentaires en dehors de la capitale. Cela permettra d'améliorer l'accès aux soins spécialisés et de réduire les disparités géographiques qui limitent actuellement l'efficacité de l'AMC.

Ces recommandations, mises en œuvre de manière cohérente et concertée, pourront contribuer à faire de l'assurance maladie complémentaire un levier réel d'amélioration de l'accès aux soins et de réduction des inégalités de couverture au sein de la population djiboutienne.

8. BIBLIOGRAPHIE.

- Akerlof, G. A. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488–500.
- Banque mondiale. (2019). *Universal Health Coverage: A Commitment to Close the Gap*. Washington, DC: World Bank Group.
- Ministère de la Santé de Djibouti. (2021). *Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle 2021–2030*. Djibouti: Gouvernement de Djibouti.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022). *Global Report on Universal Health Coverage*. Genève: OMS.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ridde, V., Diarra, Y., & Touré, L. (2019). Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-10.
- Sekhri, N., & Savedoff, W. D. (2005). Private Health Insurance: Implications for Developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(2), 127-134.

Weller, C. E., & Singleton, K. (2006).
Privatization and segmentation in health care.
Health Economics Review, 6(1), 1-11.