



0013

INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE

DIPLOME SUPERIEUR D'ECONOMIE DE LA SANTE

D.S.E.S - *Diplôme de 3^e cycle*

2^e Promotion

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

THEME:

CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES
EN GESTION
DEPARTEMENT
DE LA DOCUMENTATION

**ANALYSE DES FACTEURS DETERMINANT
LA VIABILITE DES INSTITUTIONS DE
PREVOYANCE MALADIE (I.P.M.) AU SENEGAL**

Présenté et soutenu par:

KODJO Niamké Ezoua

Sous la direction de :

Dr. Chris ATIM, Ph.D.

*Économiste de la santé
Conseiller Régional PHR pour
l'Afrique du Centre et de l'Ouest.*

M. Aboubacar WADE

*Conseiller Technique du Ministre de la
Fonction Publique, du travail et de l'Emploi*

M0013DSES01

2



Novembre 2001



Bibliothèque du CESAG

108219

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

THEME:

ANALYSE DES FACTEURS DETERMINANT LA
VIABILITE DES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE
MALADIES (I.P.M) AU SENEGAL.

Version corrigée
Novembre 2001

©KODJO Niamké Ezoua
kodjone@cesag.sn
kodjone@yahoo.fr

DEDICACES

Ce mémoire est dédié à :

➤ **DIEU TOUT PUISSANT,**

source de tout bien et **auteur premier** de ce travail ; reçois ce document (en guise d'offrande) et mon **humble action de grâce** pour tous tes bienfaits, *car ta présence dynamique m'a sauvée de nombreuses difficultés.*

➤ Ma bien-aimée mère **Marie Eba AKA N. épouse KODJO,**

j'étais loin de m'imaginer qu'en te quittant pour cette formation, je ne te reverrai plus jamais. Oui, il a plu au Seigneur de te rappeler à lui – à quelques jours de la fin de ce travail - le 27 Mai 2001, jour de la fête des mères. *M'man, j'aurais tant aimé que tu sois avec moi aujourd'hui mais DIEU en a décidé autrement ; et puisque ainsi tu n'as pu goûter aux fruits de ce travail, qu'IL t'accorde de goûter à la plénitude de la Vie Eternelle.*

➤ Mon cher papa **Kodjo KODJO,**

tu m'as donné la vie, béni et éduqué au prix d'énormes sacrifices. Je suis **fier de toi et fier d'être ton fils.** *Que DIEU t'accorde la santé et de longs jours parmi nous afin qu'un jour, par les fruits de cette formation, je sois ta fierté, ton soutien et ton réconfort.*

➤ Mon aîné **Alissi KODJO,**

comme un père, tu as supporté la quasi totalité des frais de cette formation. Oui, tu m'as tout donné et moi, je suis tout à toi. Des profondeurs de mon être, je t'exprime ici ma **gratitude éternelle.** *Que DIEU te bénisse, te protège, inspire tes actions et fasse que tes projets personnels se réalisent*

☛ Mes frères et sœurs **Ebella, Alissi, Ableman, Kacoubou, Kouande, Ebazane, Ebagnilin, Kodjo Etchi, Clarisse, Azane, Mouchia, Atchè** :

ce travail est aussi le vôtre car vous m'avez toujours témoigné votre soutien et votre affection. Cultivez en vous, l'**espérance** et la **persévérance**. *Demeurons unis car il est plus facile de casser un brindille qu'un balai.*

☛ Mon oncle **Ebou KOUATCHI**,

Ton inestimable concours a été précieux pour mener à terme cette formation. Je te prie de recevoir ici, l'expression de mes sentiments de **profonde gratitude** et de ma **reconnaissance infinie**. *Que le Seigneur te comble de bonheur.*

☛ Mon cher fils **Regis Marc-Antoine KODJO**,

que ça été dur, très dur de vivre éloigner l'un de l'autre durant 2 ans. Finis aujourd'hui les « papa tu as trop duré, je veux venir près de toi à Dakar » ; et merci pour **ta part de sacrifice**. *Que DIEU illumine ton intelligence et aide maman et moi à réaliser généreusement ta vocation.*

☛ Mes « enfants » **N'daka, Ehui-Niamkey, Kodjo, Ahui Paul, Regis Marc-Antoine, Charles-Henri, Alexia et Grâce-Colombe** ;

A chacun de vous je dis : *« mon fils, ma fille, tiens-toi fermement à ton éducation, conserve-la, ne l'abandonne pas ; elle est ta vie ».*

☛ Ma bien aimée **Esther Virginie AKA "KODJO"**

Ce travail est aussi le tien car le souvenir de **ton amour** et ton soutien permanent m'ont aidé à surmonter tristesse, difficultés et décupler mon ardeur au travail. *Merci de demeurer pour moi et pour toujours, le cœur de mon cœur.*

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements vont à l'endroit de :

- ☛ Docteur **Mo MENA**, Directeur de l'ISS / Conseiller régional OMS.
Vous avez été pour nous, bien **plus qu'un maître** car avec beaucoup de sagesse et d'affection paternelle, vous avez su nous communiquer, le goût du travail bien fait et de la "futuurologie". Est-il besoin de rappeler que ce travail est aussi le résultat de votre disponibilité et de votre souci de nous mettre dans les conditions idéales de travail.
- ☛ Docteur **Chris ATIM**, PhD. Conseiller régional PHR/abt. associates Inc ;
C'est un **honneur pour moi** de vous avoir comme directeur de recherche ; vous avez, en toute humilité, su nous guider, nous transmettre votre amour pour les systèmes d'assurances maladie sociale et fait de nous, un disciple.
- ☛ Monsieur **Boubacar WADE**, Conseiller technique du ministre de la fonction publique, du travail et de l'emploi ;
vous n'avez pas hésité à **vous associer à ce travail**. Votre disponibilité et vos orientations ont contribué largement à l'aboutissement de ce projet. *Ca été vraiment un plaisir de travailler avec vous.*
- ☛ Madame **Laurence CODJIA** ; Sous-Directrice de l'ISS
Votre goût prononcé pour le travail bien fait ; votre **rigueur « méthodologique »** et votre ferme volonté de faire de nous des **experts compétitifs** m'ont amené à être toujours soucieux de la qualité de ce travail. *J'espère y être parvenu.*
- ☛ Dr. **Farba Lamine SALL** ; Economiste de la santé/Professeur associé au CESAG
Vous m'avez ouvert vos portes et moi j'ai été édifié par votre **simplicité** et votre **naturelle gaieté**.

- Monsieur **Hervé LAFARGE** ; Maître de conférences agrégé de l'Université Paris dauphine et professeur associé au CESAG;
*Vous avez toujours été **disponible** pour nous écouter et partager avec nous, votre riche expérience.*
- Docteur **Mamadou Alpha BAH**, Statisticien et enseignant au CESAG ;
Merci pour votre **disponibilité**, vos conseils et orientations très utiles. *Nous avons trouvé en vous, une grande volonté de partager informations et connaissances.*
- Mlle **Evelyne KOUAME**,
J'ai trouvé en toi, la sœur disponible, **attentionnée** et une **main secourable**. Tu as su me motiver et m'aider à relever bien de défis personnels. *Du fond du cœur, je te dis simplement "mo".*
- Docteur **Alfred DA SILVA**, Directeur de l'Association pour la Médecine Préventive
Votre **inestimable** aide, nous a permis de terminer ce travail. Que DIEU vous couvre de ses grâces.
- Monsieur **Cheikh Ibra FALL**, Président de l'AGIS et gérant de l'IPM Sentenac;
Malgré vos nombreuses occupations, vous avez été disponible pour nous recevoir, Guider et aider. *Recevez l'expression de mon immense gratitude à laquelle j'associe vos collègues des IPM RTS, Bokk, Faggaru, Mbarum Koolute, SODIDA, Sofitel Terranga, SYPAOA, Transit, Poste, Méridien Président et SGBS.*
- Mes aînés du CESAG: Mme **Léontine Gnassou**, Mr & Mme **YADJROH Jérémie**, et en particulier Mrs. **KONAN Kacou Pierre**, **KOFFI Brice**, **Paulin GNOKOBLE** et **KOFFI Prosper**;
Qu'aurait été mon passage au CESAG sans votre fraternité et constante assistance?
Vous avez fait de moi un frère, un ami et moi, je vous suis infiniment reconnaissant.
- "Maman" **Fatoumata GUEYE**, Assistante de direction à l'ISS
L'assurance de tes conseils et de ton affection maternelle a permis à notre promotion d'entretenir la bonne humeur

- ↪ Mes *collègues du DSES et DSGS* pour la fraternité et la convivialité que nous avons su cultiver.
- ↪ Tous les *membres et stagiaires de l'Association des Ivoiriens du CESAG (AIC)*
Votre sympathie m'a réjoui le cœur.
- ↪ Catho *SOW*, Racine *GUENE*, Mme *MBENGUE*, Aby *SANE*, Malick *SECK*, *BOLI*, et l'ensemble du *personnel administratif et technique* du CESAG
- ↪ Mes amis et frères de toujours: *Abbé Tite Lath A., KOFFI Jules, KOFFI Prosper, ADJIE K. V. Odette, OUANDA Marcellin, PILLAH Alain-L, ASSI Ildevert, KACOU Pierre, Caroline BROU, YAO A. Sylvie, ELLOGNE A. Thérèse, YAO Clémentine, Marthe Aké, DIOKOHI Désiré, Lydie N. ASSOKO, BICABA J.B, ABOUA Michel, D. Gassia E, BOAKYE Manu, Norbert FIENI, EZOUA Joseph, ASSOUAN H. N'da, NOUGBOU Michel* et tous ceux que j'ai pu oublier;
Merci pour vos contributions diverses. *En votre compagnie, j'ai compris "qu'un ami fidèle est un abri sûr ; qu'un ami fidèle n'a pas de prix ; qu'un ami fidèle est un élixir de vie".*
- ↪ Familles *ALICCI, KACOUBOU, KOUATCHI, AKA N'GOUMAN, CABLETCHI, SAM, AMICHIA John, AKA N'dri Antoine, KODJA Bernadette, ADJIE, KOUASSI Amon, KONIAN, DANGOU, BINDE Amon, BAMBA Khadidia;*
Du plus profond de moi, je vous dis merci pour vos conseils, assistance, prières et bénédictions. Que DIEU vous comble chaque jour de bonheur.
- ↪ Mon oncle *KOUASSAmon Eugène;*
Tu es porté en terre ce samedi 24 Novembre 2001, le jour où ce mémoire est présenté et défendu publiquement. *Que DIEU te permette de le contempler face-à-face dans son Royaume éternel.*
- ↪ La Jeunesse Etudiante Catholique (JEC) pour m'avoir donné une éducation chrétienne, humaine et l'amour de se mettre au services des autres.

AVANT – PROPOS

Contenir et maîtriser la croissance vertigineuse des dépenses de santé tout en garantissant aux malades, l'accès à des soins de qualité, a présidé à la naissance de ***l'Economie de la santé***. Cette nouvelle discipline s'impose au fil des années comme l'alternative crédible et incontournable pour évaluer et améliorer l'efficacité des systèmes, politiques, programmes, projets et activités de santé.

“Déjà une référence d'excellence en terme de formation professionnelle¹”, le CESAG avec l'appui de l'OMS, l'Université Paris - Dauphine, et bien d'autres partenaires, s'emploie depuis trois ans à offrir aux cadres Africains, un programme de DESS en Economie de la santé. Le programme du CESAG offre “l'avantage d'une meilleure adaptation aux économies du continent¹”.

Nous avons fait le choix de cette discipline et de cette institution d'excellence, et au terme de notre formation, nous sacrifions à la coutume et proposons dans ce document, les résultats de nos recherches. Nous espérons vivement que ce travail de recherche, qui s'inscrit dans le domaine de la sécurité sociale, contribuera à préserver et améliorer les performances des systèmes d'assurances maladies sociales ; car nous sommes persuadé que ces organisations, en pleine émergence sur le continent Africain, représentent le gage certain d'un meilleur accès des populations à de meilleurs soins.

*

* *

« Si cela m'était possible ; j'écrirai le mot “**ASSURANCE**” dans chaque foyer et sur le front de chaque Homme, tant je suis convaincu que l'assurance peut ; à un prix modéré, libérer les familles de catastrophes irréparables »

Winston CHURCHILL

1. Monsieur **Patrice KOUAME**, Directeur Général du CESAG

TABLE DES MATIERES

	Pages
Liste des tableaux	x
Liste des graphiques	x
Liste des Figures	x
Acronymes	xi
INTRODUCTION	1
I-PROBLEMATIQUE	3
II-PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE	6
II-1/ OBJECTIF GENERAL DE L'ETUDE	6
II-2/ OBJECTIFS SPECIFIQUES	6
II-3/ INTERET DE L'ETUDE	6
II-4/ LES LIMITES DE L'ETUDE	7
<u>Première Partie : LE CADRE THEORIQUE</u>	
<i>Chapitre I : CADRE DE L'ETUDE</i>	
1-Situation géographique et démographique du Sénégal	9
2-Situation économique et sociale	9
3-Politique et système de santé	11
4-Les systèmes d'assurance maladie	14
<i>Chapitre II : ETAT DES CONNAISSANCES ET MODELE THEORIQUE</i>	
A-ETAT DES CONNAISSANCES	
A-1/ L'assurance maladie obligatoire : Historique – Définition et Principes	15
A-2/ La naissance et l'évolution des IPM	16
A-3/ De la viabilité des organisations d'assurance maladie sociale	19
A-3.1. Quelques dispositions légales régissant le fonctionnement des IPM	19
A-3.2. Les facteurs influençant le niveau des dépenses	22

A-3.2.1	Les risques encourus par l'assurance et leur gestion	
a-	Le risque moral	22
b-	Le risque de sélection adverse ou d'anti-sélection	23
c-	Le risque de fraude et d'abus	24
d-	Le risque de sur-prescription	25
e-	La gestion des risques : les méthodes envisageables	25
A-3.2.2	La gestion de l'assurance	31
A-3.2.3	Les facteurs liés au caractéristique socio-économiques des assurés	33
A-3.3.	Les facteurs influençant le niveau des ressources	34
A-3.4.	Les indicateurs de performance des systèmes d'assurance	36
B-	MODELE THEORIQUE	42
C-	HYPOTHESE DE RECHERCHE	42
<u>Deuxième Partie: LE CADRE PRATIQUE ET OPERATIONNEL</u>		
<i>Chapitre I : METHODE ET PROCEDURE DE RECHERCHE</i>		
1-	Stratégie et devis de recherche	46
2-	Population à l'étude	46
3-	Méthode d'échantillonnage	47
4-	L'inférence statistique	48
5-	Valorisation des coûts cachés	49
6-	Définition opérationnelle des variables à l'étude	49
6.1-	La viabilité institutionnelle	50
6.2-	La viabilité administrative et de gestion	51
6.3-	La viabilité financière et économique	52
7-	La collecte et l'analyse des données	
7.1-	La méthode de collecte des données	52
7.2-	La méthode d'analyse des données	53
7.3-	Les instruments de collecte et d'analyse des données	54

ONG	Organisation Non Gouvernementale
PDIS	Programme de Développement Intégré du secteur de la Santé
PHR	Partnership Health reform
PIB	Produit Intérieur Brut
PIS	Programme d'Investissement sectoriel
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
UEMOA	Union Monétaire Ouest Africain
US	United States

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

PROBLEMATIQUE

PRESENTATION DE L'ETUDE

INTRODUCTION

La santé a été et demeurera de tout temps, ainsi qu'en tout lieu, un "bien inestimable", qu'il importe à tous et pour tous - des gouvernants aux ménages - d'œuvrer à sa restauration, son maintien et surtout, son amélioration. Ce caractère essentiel, universellement reconnu, de la santé a conduit - on s'en souvient - les pays africains à supporter aux lendemains de leurs indépendances, un lourd fardeau, dû à l'offre gratuite de soins à leurs populations. Il s'en est suivi d'énormes difficultés pour continuer d'assurer un état de santé satisfaisant aux populations, et ce, consécutivement aux crises économiques puis aux Politiques d'Ajustement Structurel.

Aussi, la réorientation des politiques de santé sera-t-elle inspirée et rendue nécessaire par la drastique réduction des fonds publics, conjuguée aux multiples défis auxquels sont confrontés les Etats Africains, notamment pour assurer à tous, l'accès aux soins et satisfaire les besoins de santé croissants des populations croissantes. Désormais, l'accent est mis sur la recherche de sources alternatives de financement et l'usage rationnel des ressources disponibles. Cette prise de conscience va, en effet, se manifester par la mise en place de réformes, allant du recouvrement des coûts à la participation communautaire en passant par la mise en place de divers mécanismes de couverture du risque maladie.

Au Sénégal, la volonté d'assurer le désengagement de l'Etat tout en généralisant la protection maladie à tous les travailleurs afin de leur garantir l'accès aux soins d'une part et de mettre en application les recommandations et conventions de l'Organisation Internationale du Travail¹ d'autre part, conduira

1- *Convention n° 102 relative à la norme minimale de sécurité sociale ; adoptée à la Conférence Internationale du Travail, le 28 Juin 1952*

à l'adoption de la loi 75-50 du 03 Avril 1975, définissant un cadre général des Institutions de Prévoyance Sociale et son décret d'application 75-895 du 14 Août 1975, portant création et organisation des Institutions de Prévoyance Maladie¹ (IPM). Cependant, malgré cette volonté manifeste et les efforts consentis afin de garantir aux travailleurs en particulier, une bonne couverture du risque maladie, d'énormes difficultés naîtront.

On relève en effet, une insolvabilité ayant entraîné la liquidation d'un grand nombre de ces organismes de protection sociale. Ceci a conduit certains partenaires sociaux telle que la CNTS² à remettre en cause la viabilité des IPM et proposer, en lieu et place de ces institutions, la création d'une Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Même si cette proposition de la CNTS ne semble pas fondée à partir d'une argumentation ou d'études techniques; la question de la viabilité des IPM mérite réflexion.

Le Gouvernement Sénégalais, de par son Plan d'Action pour l'Emploi, vient de s'engager à mettre en œuvre des réformes permettant de rendre plus viables ces institutions. Mais pour mener à bien une telle initiative, il importe d'évaluer le système en vue de connaître les facteurs qui, dans le fonctionnement actuel des IPM, ne leur permettent pas d'ajuster durablement leurs ressources et leurs charges. Il s'agit ainsi pour nous, de contribuer à une meilleure connaissance du fonctionnement de ces organismes de protection maladie, de les évaluer et d'identifier les facteurs de risque pouvant compromettre leur pérennité. Telle est la préoccupation majeure à laquelle tentera de répondre cette d'étude, qui s'inscrit dans le domaine de la protection maladie du travailleur.

1- voir les textes régissant les IPM à l'annexe n°1

2- Confédération Nationale des Travailleurs Sénégalais

I-PROBLEMATIQUE

Les travailleurs, dans leur existence, sont soumis à des événements aléatoires dont la survenue peut provoquer une diminution de leurs revenus et/ou un accroissement de leurs dépenses. Face à ces risques, qui peuvent être professionnels¹ et non professionnels², l'OIT proclame le droit de tout individu à la protection sociale dont les soins médicaux occupent la première place. Dès lors, au sein des entreprises, cela marque la reconnaissance officielle de la nécessité d'adjoindre à la fonction de production, une fonction sociale exécutée par un service médico-social et/ou de sécurité sociale. Ainsi donc, cette convention n° 102 de l'OIT retient en tête des risques à couvrir pour le travailleur, la maladie ; et dans les pays où ils existent, les systèmes de protection sociale accordent une importance toute particulière à la couverture du risque maladie (SENGHOR et al., 1996).

Au Sénégal, depuis 1975, la volonté politique a permis de mettre en place, un cadre légal faisant obligation aux entreprises du secteur privé de créer, pour leurs travailleurs, un organisme d'assurance maladie dénommé Institution de Prévoyance Maladie (IPM). Ces IPM sont d'une part, des organismes à but non lucratif de protection maladie obligatoires pour les travailleurs du secteur des entreprises privées et d'autre part, fondés sur des principes de solidarité et de l'autogestion démocratique. Elles sont investies de la mission de prise en charge partielle des frais médicaux occasionnés par les employés et leurs familles, sur la base de cotisations versées par les travailleurs et leurs employeurs.

1- Les risques professionnels : accidents de travail, maladies professionnelles

2- Les risques non professionnels : maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès

LETOURMY (1996) souligne que le système des IPM est original car représente une formule décentralisée d'assurance maladies, et présente un enjeu très important lié à leur importante participation au financement du secteur de la santé, estimée à 6,5 Milliards de FCFA. Ces organismes constituent des entités essentielles pour le secteur privé de la santé car ils assureraient environ 50% du marché des officines, des honoraires des médecins et des dentistes d'une part et 20 à 35% du chiffre d'affaires des cliniques d'autre part (BROUILLET et al., 1997). En outre, les IPM constituent pour les pouvoirs publics, un maillon important du système de couverture des maladies dont l'extension aux autres catégories socioprofessionnelles - notamment les travailleurs du secteur informel - est au centre des préoccupations (DPS¹, 1999). L'on estime qu'en 1996, environ 137 IPM que comptait le pays, couvraient au moins, 85 000 travailleurs (LETOURMY, 1996) pour près de 600 000 bénéficiaires, soit 37,5% des 1 600 000 habitants couverts par les divers régimes d'assurance maladie (BERAUD et ROCHEZ, 1997).

Cependant, bien que les IPM contribuent grandement à l'amélioration de l'accessibilité aux soins de leurs bénéficiaires, de nombreuses difficultés semblent remettre en cause leur viabilité. En effet, la plupart de ces organismes connaissent de sérieuses difficultés liées à divers facteurs ayant conduit à des déficits financiers énormes (BROUILLET et al, 1997). L'ampleur de ces difficultés est appréhendée à partir du constat de LETOURMY (1996), qui note que :

- un quart (1/4) des IPM fonctionnent correctement ;
- un quart (1/4) seraient en mauvais état et nécessiteraient un redressement vigoureux ou une liquidation ;
- une moitié (1/2) serait constituée d'entités fragiles pour diverses raisons.

Déjà fragiles, les IPM doivent faire face à une tentative d'augmentation des tarifs de frais médicaux que vient de décider le syndicat des médecins privés.

Cette situation reste préoccupante pour l'ensemble des partenaires sociaux et qui s'interrogent sur la capacité des IPM à pouvoir s'ajuster.

Aussi, le gouvernement Sénégalais, dans son Plan d'Action pour l'Emploi, envisage t'il de procéder à des reformes importantes en vue d'un assainissement et redressement des IPM, et si nécessaire, au toilettage du code de la sécurité sociale (DPS, 1999). Une réponse appropriée et efficace aux problèmes des IPM, nécessite-t-elle au préalable qu'elles soient évaluées, et que soit déterminés et analysés, les facteurs susceptibles de menacer leur existence. La fragilité des IPM est-elle due au modèle d'assurance maladie conçu par le législateur Sénégalais ou à leur gestion ? Telle est la question à laquelle nous tenterons de répondre.

II-PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE

II-1/ OBJECTIF GENERAL DE L'ETUDE

Cette étude a pour but d'identifier et analyser, à partir des pratiques et comportements en vigueur, les facteurs susceptibles de fragiliser leur viabilité.

II-2/ OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1) Comprendre le schéma de fonctionnement actuel des IPM ;
- 2) Identifier les écarts entre les textes législatifs et la pratique ;
- 3) Identifier les facteurs de risques et les mécanismes de Gestion ;
- 4) Analyser les performances financières et économiques des IPM ;
- 5) Formuler des recommandations quant aux mesures correctrices à mettre en œuvre pour une amélioration de la viabilité de ces institutions.

II-3/ INTERET DE L'ETUDE

Au Sénégal, le secteur des entreprises privées regorge d'un ensemble hétérogène d'institutions de prévoyance maladie, ayant chacune des performances diverses. Cependant, ces institutions selon BROUILLET et al (1997), sont souvent considérées comme étant peu soucieuses de leur gestion car incapables de préserver leur équilibre financier. Ces auteurs soutiennent en outre, que l'extension de la prévoyance maladie aux autres couches sociales nécessite d'abord, un renforcement des IPM, afin de crédibiliser l'assurance maladie.

Le Gouvernement, conscient de l'enjeu, ambitionne reformer les IPM, or selon BLOOM & SHENGHANT (1999), la législation au niveau de l'assurance maladie doit être largement dessinée à partir des expériences à succès. L'analyse des

facteurs de risques d'une part, la mise en évidence des bonnes et mauvaises pratiques d'autre part, permettra d'identifier les points sur lesquels devraient porter les efforts et les reformes. En d'autres termes, les résultats qui découleront de cette étude permettront d'identifier les meilleures pratiques à promouvoir et les limites ou défaillances à corriger pour assurer une meilleure viabilité aux IPM.

II-4/ LES LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude s'est faite uniquement au niveau de la tutelle et des gestionnaires des IPM ; son extension aux autres acteurs que sont les employeurs, employés et prestataires aurait certainement permis de cerner toute la question de recherche. En outre, il n'a pas été possible d'avoir accès aux données portant sur plusieurs années afin de dégager les tendances beaucoup plus valides. Enfin, l'absence d'informations exploitables au niveau de certaines IPM visitées, et le refus de certaines IPM des nous livrer les données requises, ont réduit l'échantillon.

Première Partie:

LE CADRE THEORIQUE

Chapitre I : CADRE DE L'ETUDE

1-Situation géographique et démographique du Sénégal

Situé à la pointe ouest du continent Africain, le Sénégal est limité par l'Océan Atlantique, le Mali, la Mauritanie, la République de Guinée et la Guinée-Bissau. Le territoire Sénégalais, qui couvre une superficie de 196 722 km², porte entièrement en son sein la Gambie. Ce pays plat à sols sablonneux, appartient à la zone soudano-sahélienne et son climat est caractérisé par une saison sèche et une autre pluvieuse ou hivernage (BIT et al., 2000 ; DPS, 1999 ; WILSON ; 1998).

Avec un taux moyen d'accroissement annuel d'environ 2,7% (DPS, 1999 ; WILSON, 1998) la population du Sénégal connaît une assez rapide croissance : passant de 5 100 000 habitants en 1976 (BIT et al., 2000 ; DPS, 1999) à 8 347 000 habitants en 1995 (WILSON, 1998) et était estimée à 9 037 906 habitants en 1998 (DPS, 1999). Cette population se distingue aussi par une forte proportion de jeunes avec 56% de moins de 20 ans en 1990 contre seulement 3% pour les personnes de plus de 65 ans (BIT et al., 2000 ; BANQUE MONDIALE, 1994).

2-Situation économique et sociale

A l'instar des pays de l' UEMOA, le Sénégal a connu d'énormes difficultés économiques suite à la dévaluation du FCFA de janvier 1994. En cette année 1994, le PIB par habitant a atteint 615 Dollars US, sa valeur la plus faible depuis 1960 (PNUD ; 1998). Puis, un an après la modification de la parité du Franc CFA, le Sénégal a enregistré une baisse de ses exportations, qui sont passées de 304,0 Milliards de F.CFA à 256,5 Milliards de F.CFA, soit une chute cumulée de 15,6% sur la période allant de 1995 à 1997. Les importations quant à elles, ont connu une

hausse globale de 16,9% sur la même période. Cette situation a entraîné un déficit de la balance commerciale de l'ordre de 306,6 Milliards de F.CFA en 1995 et de 457,3 Milliards de F.CFA en 1997 (DPS ; 1999).

Pour surmonter la contre performance de l'économie il a été procédé à la mise en place d'un mécanisme d'ajustement global de l'économie qui s'est traduit par l'adoption en 1996, du IX^e Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social 1996/2001. Ce plan vise d'une part, l'amélioration de la compétitivité globale de l'économie nationale ainsi qu'à favoriser un développement humain durable et d'autre part, l'atteinte d'un taux de croissance réel moyen annuel du PIB de 9% (DP¹ ; 1997).

L'assainissement des finances publiques et les mesures d'austérité budgétaire, ont permis d'obtenir des résultats encourageants : ainsi pour l'année 1998, les recettes se sont élevées à 460,1 milliards de FCFA dont 438,9 milliards de FCFA provenaient des sources fiscales, alors que les dépenses totales budgétaires sont de 388,6 milliards de FCFA. Pour la même année, l'inflation annuelle s'est établie à 0,9%; ce qui a permis d'atteindre l'objectif communautaire qui est de 3% maximum de taux d'inflation dans la zone UEMOA (DPS ; 1999).

Mais les effets de cet effort ne sont pas encore perceptibles au niveau des populations de plus en plus pauvres. En effet, le pays, suivant l'IDH, occupe le 158^e rang sur 174 pays classés et 30% des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté si ce seuil est défini comme étant la dépense nécessaire à l'acquisition de 2 400 calories par jour et par personne dans le ménage. 54% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté monétaire c'est-à-dire disposant d'un revenu annuel moyen en dessous de 1 Dollar US par jour (PNUD ; 1998).

Alors que la population active se situe à 45% (PNUD ; 1998) l'on observe une quasi-stagnation des emplois notamment dans le secteur moderne; le taux de chômage de 27% en 1991 à Dakar en est une illustration. Seul le secteur informel enregistre une croissance et emploie près de 700 000 personnes (DPS ; 1999).

Les difficultés d'accès aux services sociaux de base témoignent également du faible niveau de développement humain au Sénégal. En effet, selon le PNUD (1998), le Sénégal présentait en 1995 : un taux brut de scolarisation de 33% pour tous les niveaux confondus (l'un des plus faibles de la sous région); un taux d'alphabétisation des adultes égal à 23,2% pour les femmes et 43,1% chez les hommes ainsi que 66,9% d'adultes analphabètes.

3-Politique et système de santé

Les indicateurs sanitaires et sociaux du Sénégal se sont nettement améliorés depuis l'accession du pays à l'indépendance. C'est ainsi que le taux de mortalité est tombé de 25 à 18‰ entre 1960 et 1986 (BANQUE MONDIALE, 1997) et l'espérance de vie à la naissance est passée de 37,2 ans en 1960 à 50,3 ans en 1995 (PNUD ;1998). Le taux de mortalité infantile est actuellement estimé à 60‰ enfants vivants à la naissance, contre 68 en 1992 (BANQUE MONDIALE; 1997). Toutefois, la mortalité maternelle située à 510‰ naissances vivantes (DP ; 1997) et le taux de mortalité infanto-juvénile de 127‰ naissances vivantes en 1996 (PNUD ; 1998) demeurent encore élevés et préoccupant.

Le système de santé repose sur une décentralisation accordant une plus grande responsabilité aux équipes médicales régionales et aux districts sanitaires, dans les domaines de la planification et la gestion de la santé. Entre 1991 et 1995, il a été mis en place 45 districts sanitaires, 10 régions, 7 hôpitaux régionaux : puis l'essentiel des activités ont été réorientées vers les prestations de soins de santé

primaires alors qu'elles étaient initialement portées sur une administration centralisée et des soins tertiaires (BANQUE MONDIALE; 1997). La pyramide sanitaire comprend, à la base, les structures communautaires rurales (maternités villageoises et cases de santé) et 733 postes de santé. Ces structures de base sont supervisées par 52 centres de santé de districts qui constituent le premier niveau de référence pour les postes de santé. Au deuxième niveau se trouvent les hôpitaux régionaux. Le troisième niveau de la pyramide sanitaire comprend 2 hôpitaux universitaires et 4 hôpitaux généraux situés tous à Dakar. L'on dénombre également un hôpital militaire, 73 postes de santé municipaux, environ 27 cliniques, 75 postes de santé à but non lucratif ainsi que quelques structures de soins pour les travailleurs de l'Etat, certaines grandes entreprises semi-publiques et privées (BANQUE MONDIALE, 1997 ; MSPAS¹, 1997).

Concernant la couverture sanitaire, le pays disposait en 1993, de 1 poste de santé pour 11 083 habitants, 1 sage-femme pour 5 190 femmes de 15 à 49 ans et enfants de 0 à 4 ans, se rapprochant ainsi des normes recommandées par l'OMS qui sont respectivement de 1 poste de santé pour 10 000 et 1 sage-femme pour 5 000 (DP; 1997). Le rayon d'action moyen ; qui renseigne sur l'accessibilité théorique à poste de santé, est de 9,3 Km pour l'ensemble du pays avec de grandes disparités régionales, passant de 1,5 km à Dakar, à 15,5 km dans la région de Tambacounda (DP ; 1997).

Dans le cadre des Orientations stratégiques du IX Plan d'orientation Economique et Social 1996/2001, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale a mis en place un Programme d'Investissement Sectoriel de la Santé et de l'action sociale (PIS) 1998-2002. L'objectif visé est de rendre le cadre réglementaire plus apte aux activités sanitaires, améliorer la qualité des interventions de l'Etat dans la

1- Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale

fourniture des services et infrastructures de base, renforcer la dynamique d'intégration des régions et harmoniser la coopération internationale (MSPAS, 1997).

Les études menées dans le cadre du PIS ont conduit d'une part, à l'adoption de la loi sur la réforme hospitalière accordant une autonomie de gestion aux hôpitaux Sénégalais et d'autre part, à la mise en place du Programme de Développement Intégré du secteur de la Santé (PDIS) pour 1998-2007 qui se veut un instrument de planification et de cadrage macroéconomique. Pour son financement, le secteur de la santé compte avant tout sur l'Etat. La part de la santé dans le budget national est passée de 9% au début des années 70 à un peu plus de 5% au début de la décennie 90. Mais le gouvernement a décidé d'augmenter la part de la santé dans le budget national, de 0,5% par an pour atteindre 9% recommandé par l'OMS. Ainsi, en 1995, le budget de la santé a été de 6,5% du budget national. La part des collectivités locales dans le financement de la santé devrait être 8% du budget des communautés rurales et de 9% pour les communes urbaines. Les 800 comités de santé (BANQUE MONDIALE ; 1997) mobilisent entre 400 et 600 millions de F.CFA par an, montant excluant le recouvrement des coûts des médicaments. Par ailleurs, près de 255 ONG contribuent, à côté du secteur privé et des populations, au financement des investissements du secteur (DP ; 1997).

Après trois années d'exécution du PDIS, l'on note des écarts de dépassement des budgets programmés. Ces écarts fluctuent entre 7 et 17% et sont dus à l'inflation et surtout aux partenaires extérieurs, qui ont assuré un financement bien supérieur à ce qui était estimé (ABRIAL, 2000). Mais en dépit de ces financements, le niveau des ressources financières mises à la disposition du secteur de la santé demeurent particulièrement faible par rapport à l'ampleur des services à assurer.

4-Les systèmes d'assurance maladie

Le renforcement du système de protection sociale demeure un objectif prioritaire pour améliorer l'accessibilité aux soins et la qualité des prestations. La mise en place de la CAMICS (Cellule d'Appui aux Mutuelles, IPM et Comités de Santé) témoigne de la volonté de promouvoir les mutuelles de santé et de réhabiliter les IPM car ces structures constituent une opportunité pour la mobilisation de sources alternatives de financement. Le développement du secteur privé de la santé est en grande partie dû aux IPM, dont les dépenses médicales annuelles sont estimées à 13 Milliards de F.CFA (LETOURMY, 1996).

On dénombre, actuellement, environ 111 IPM dont 82% sont localisées dans la région de Dakar ; 29 mutuelles de santé fonctionnelles et 26 en gestation (BIT/STEP, 2000), l'IPRES (Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal, qui assure les pensions et la protection maladie des retraites), le régime des fonctionnaires, la caisse de sécurité sociale qui s'occupe des cas de maladies professionnelles et accidents de travail, et l'assurance maladie privée complémentaire pour les travailleurs et de premier franc pour les professions libérales..

Chapitre II : ETAT DES CONNAISSANCES ET MODELE THEORIQUE

A-ETAT DES CONNAISSANCES

A-1/ L'assurance maladie obligatoire : Historique - Définition et Principes

S'inspirant des conclusions du rapport de Lord BEVERIDGE¹, l'assemblée générale des Nations Unies proclamera le 10 décembre 1946 - dans « la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme » - le droit de tout individu à la sécurité sociale. Elle consacrait par la même occasion l'indéniable utilité d'un système de protection sociale initié depuis bien longtemps sur tous les continents. Mais l'on reconnaît au chancelier allemand BISMARCK, la paternité des premiers véritables régimes de sécurité sociale.

Dès 1871 en effet, souhaitant créer un lien entre les salariés et l'Etat d'une part, et tirant les leçons de quelques expériences locales d'assurances sociales, BISMARCK va lancer en 1881 sa politique sociale destinée à protéger les ouvriers de l'industrie dont les salaires sont inférieurs à un seuil déterminé. Cette politique aboutira en 1883, à la loi portant création de l'assurance maladie fondée sur la solidarité et intimement liée au travail. L'assurance maladie étant défini comme la technique ou le mécanisme qui consiste à répartir entre les membres d'un groupe, le préjudice subi par l'un d'entre eux, suite à la survenue d'un risque (Le FAOU, 1997 ; BIT et al., 1996).

Selon LE FAOU (1997), le modèle Bismarckien, qui demeure le socle de nombreux

1- Lord BEVERIDGE déclarait en 1942, le droit de tout individu à la protection maladie, dans son rapport qui est à la base de l'assurance maladie universelle Britannique. (de 1942),

systèmes d'assurance repose sur trois principes fondamentaux :

- le caractère obligatoire de la participation à son financement ;
- un niveau de contribution qui n'est pas fonction du risque couvert mais proportionnel au salaire du cotisant. En outre, les prestations sont les mêmes pour tous ;
- une charge financière partagée entre les travailleurs et leurs employeurs, avec éventuellement, la possibilité de subvention de l'Etat.

Ainsi en définitive, l'assurance maladie obligatoire est un système légal et obligatoire de prise en charge par la collectivité, des dépenses de santé d'un individu, dans le cadre d'un régime de sécurité sociale généralisé et organisé par l'Etat. Il s'agit donc d'une solidarité obligatoire qui assure dans les mêmes conditions, tout le groupe concerné, mais exige en retour le versement de cotisations dont le montant lui est imposé (BITet al., 1996).

A-2/ La naissance et l'évolution des IPM

C'est par la loi n° 75-50 du 03 avril 1975, relative à la définition du cadre général des Institutions de Prévoyance Sociale et le décret d'application n° 75-895 du 14 Août 1975 portant création et organisation des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), que l'Etat Sénégalais institue ces organismes d'assurance maladie, placés sous la tutelle du Ministère du Travail et de l'Emploi. Puis les arrêtés interministériel n° 9174 MFPT/DTESS et n° 9176 MFPT/DTESS du 31 Juillet 1976 fixeront respectivement la liste des fournitures et services médicaux ne donnant pas droit à une prise en charge par les IPM, ainsi que les modèles de statuts et règlements intérieur pour ces institutions. Ainsi, ces instruments juridiques, font obligation à tout employeur de créer ou de s'affilier à un organisme chargé de prendre partiellement en charge les frais médicaux, pharmaceutiques,

chirurgicaux et autres, occasionnés par la survenue d'un risque maladie chez les employés et les membres de leurs familles, dans la limite du territoire Sénégalais.

La création des IPM obéit à la volonté de l'Etat Sénégalais de mettre en application les recommandations et conventions adoptées par l'Organisation Internationale du Travail à laquelle elle est désormais membre d'une part ; et d'autre part, de généraliser la protection maladie dont, ne bénéficiaient jusque-là que les employés de quelques grandes entreprises disposant de « caisses mutualistes de santé » telles la SENELEC et la SOCOCIM (SENGHOR et al., 1996). Ces auteurs pensent que, par cet acte, l'Etat initie les travailleurs à la gestion d'un risque social avec l'appui des employeurs d'une part, mais d'autre part, se désengage de la gestion de la protection sociale en ne se confinant que dans un rôle de contrôle et d'arbitre, en cas de conflit entre employeurs et les travailleurs, sur les questions qui engagent la vie de l'institution.

Le schéma général de fonctionnement des IPM correspond aux principes du modèle Bismarckien, à savoir :

- 1- le caractère obligatoire pour toute entreprise du secteur privé et pour ses employés de la participation à sa création et à son financement. Ainsi, les entreprises dont le nombre des employés est supérieur ou égal à 100 personnes, se doivent de mettre en place, en leur sein, une IPM d'entreprise (IPM-E) alors que celles qui ont moins de 100 salariés, doivent s'unir pour mettre en place une IPM interentreprises (IPM-IE). ou adhérer à une déjà existante ;
- 2- le niveau des cotisations n'est pas fonction de la nature du risque ou de la gravité de la maladie mais proportionnel au salaire du cotisant d'une part et d'autre part, la répartition de la charge financière entre les travailleurs et leurs employeurs. Selon la loi, tout travailleur employé de façon permanente ou à temps partiel, dont le cumul atteint 3 mois de présence effective, doit cotiser mensuellement 3% de son salaire plafonné à 60 000 F.CFA pour bénéficier de la

couverture sanitaire offerte par l'IPM. En outre, l'employeur cotise également, pour chaque employé, une somme dont le montant est identique à celui versé par celui-ci, soit 3%¹. Les travailleurs sont appelés « membres participants ou participants » et leurs employeurs appelés « adhérents ».

Pour leurs sécurité, la loi préconise la constitution, par les IPM, d'un fonds de garantie déposé dans un compte ouvert à cet effet et alimenté par le prélèvement de 0,20% de l'ensemble des cotisations annuelles. Mais le décret ministériel qui devait fixer les modalités d'utilisation de ce fonds n'a pas encore vu le jour, de sorte que les IPM ne considèrent plus cette disposition comme une exigence (ATIM, 2000-b). De plus, les IPM sont des organismes à but non lucratif, dans cette optique, les excédents réalisés dans le cadre de leurs activités doivent être utilisés à deux fins :

- 1- soit constituer un fonds de réserve dont le montant cumulé ne doit pas excéder 100% des dépenses de l'exercice antérieur ;
- 2- soit réduire le niveau des cotisations ou l'augmentation du taux de prise en charge car la fourchette des prestations est comprise entre 40 à 80% du montant des factures médicales, en d'autres termes, une quote-part ou ticket modérateur (pour le membre) oscillant entre 20 et 60%.

A la suite de la dévaluation du F.CFA, l'on est passé de 350 IPM créées avant la dévaluation à 150 IPM fonctionnelles recensées après (SENGHOR et al., 1996). Mais 7 ans après la dévaluation, le nombre d'IPM fonctionnelles continu de décroître, et se situe actuellement à 111 en 2001.

1- la cotisation maximum est donc de 3 600 F.CFA dont 1 800 F.CFA payés par l'employé ayant un salaire supérieur ou égal à 60 000 F.CFA, et 1 800 F.CFA par son employeur

A-3/ De la viabilité des organisations d'assurance maladie sociale

Pour HSIAO (1999), la viabilité est le caractère d'un système de financement des soins de santé qui peut se suffire sans dépendre de contributions extérieures. L'on dira alors d'une structure qu'elle est viable, lorsque son environnement institutionnel et sa gestion la rendent capable de préserver de façon durable, son équilibre financier et économique, c'est-à-dire que ses ressources et ses charges s'ajustent durablement. Pour nombre de Gouvernements Africains, les organismes d'assurance maladie, ont à jouer un rôle majeur dans la mobilisation des ressources et l'amélioration de l'accessibilité aux soins.

Le recours à l'assurance maladie comme mode de financement de la santé ne présente d'intérêt que si leur viabilité en tant qu'organisation est garantie (ATIM 2000a). Aussi, les travaux sélectionnés sont-ils ceux qui permettent d'identifier les éléments du cadre institutionnel et/ou les facteurs qui déterminent le niveau des dépenses et celui des ressources ainsi que ceux présentant les critères techniques de performance financière et économique d'un système d'assurance.

A-3.1. Quelques dispositions légales régissant le fonctionnement des IPM

La loi n° 75-50 du 03 Avril 1975, le décret n° 75-895 du 14 août 1975 et les arrêtés interministériel n° 9174 MFPTE/DTESS et n° 9176 MFPTE/DTESS du 31 juillet 1976 définissent donc le cadre institutionnel régissant le fonctionnement des IPM; le **tableau 1** ci-après, présente quelques unes des dispositions légales.

Tableau 1: Quelques dispositions obligatoires prescrites par la loi.

ITEMS	DISPOSITIONS LEGALES
Modalités de création des IPM	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les entreprises comptant au moins 100 employés doivent créer une IPM d'entreprise; ➤ Les entreprises comptant moins de 100 employés peuvent se regrouper pour former une IPM interentreprises ou s'affilier à une déjà existante.
Les Ayants Droits	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ne bénéficient des prestations que les travailleurs, leurs épouses et enfants; ➤ Les femmes mariées, lorsqu'elles sont des participantes, ne peuvent prendre en charge leur époux et leurs enfants lorsque ceux-ci bénéficient de prestations servies par une autre institution.
Utilisation des excédents	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les excédents sont destinés à constituer un fond de réserve dont le total cumulé ne peut excéder 100% des dépenses du dernier exercice. Si ces réserves viennent à dépasser le dit taux, il est procédé soit à l'augmentation des taux de prise en charge, soit à une réduction du taux de cotisation.
Composition et délibérations de l'AG	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le Collège des Représentants est composé: <ul style="list-style-type: none"> ➤ des représentants élus des membres participants; ➤ des représentants désignés des membres adhérents à raison de 2 représentants adhérents si c'est IPM-E ou d'un représentant par membre adhérent dans le cas d'une IPM-IE. ➤ L'AG se tient 2 fois par an en session ordinaire et peut se réunir en session extraordinaire.

Tableau 1: Quelques dispositions obligatoires prescrites par la loi (suite).

ITEMS	DISPOSITIONS LEGALES
Composition et délibérations du CA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'IPM est administrée par un Conseil d'Administration composé d'une part de 8 membres participants au moins et de 28 au plus, ils sont élus par le Collège des Représentants pour une durée de 2 ans renouvelable et d'autre part, 1 ou 2 sièges sont attribués au membre (s) adhérent (s) suivant qu'il s'agit d'une IPM-E ou IPM-IE respectivement; ➤ Le CA élit en son sein les membres du Bureau Exécutif (BE) que sont: un Président, un Vice-Président, un Secrétaire Général, un trésorier (choisi obligatoirement entre les membres adhérents) et un Gérant. Le Gérant peut toutefois ne pas être un participant, dans ce cas il est engagé par un contrat de travail.
Taux de cotisation	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le taux maximum de cotisation est 6% du salaire plafonné à 60 000 CFA soit 3 600 CFA à répartir équitablement entre le salarié et son employeur
Pénalités de retard	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tout employeur qui n'aura pas effectué, dans les délais fixés par le règlement intérieur, le versement des cotisations dont il est redevable sera passible d'une majoration de 10% par mois de retard.
Taux de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La fourchette de prise en charge est comprise entre 40 et 80% du montant des prestations; ➤ Le tarif des actes médicaux est fixé par arrêté interministériel.
Le contrôle	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans le premier semestre suivant la fin de chaque exercice, chaque IPM doit transmettre à l'autorité de tutelle, le rapport annuel et les documents comptables ➤ Les IPM sont tenues de communiquer à tout moment leurs livres, registres, procès verbaux et pièces comptables à l'inspection du travail et de la sécurité sociale.

A-3.2. Les facteurs influençant le niveau des dépenses

A-3.2.1 Les risques encourus par l'assurance et leur gestion

a- *Le risque moral*

Le risque moral désigne le comportement qu'a une personne assurée - du fait de l'élimination ou de la réduction de la barrière financière - à utiliser plus que de raison, les services de santé, contrairement à ce qu'elle aurait fait si elle n'avait pas souscrit à une assurance (ATIM, 2000b ; BIT/STEP, 2000 ; LAMBO, 1997 ; BIT et al., 1996 ; SHEPARD, 1992). On observe ainsi une surconsommation des soins lorsque l'adhésion à l'assurance maladie donne droit à un accès, surtout non limité, aux services de santé. En général, les prestations telles que la consultation, les soins dentaires et optiques, les médicaments, ont un taux d'utilisation prononcé à l'absence d'une barrière financière (ATIM ; 2000-a).

Le risque moral s'exprime lorsque les membres de l'assurance ou leurs bénéficiaires tendent à consulter précipitamment le médecin pour une affection mineure ; se faire hospitaliser de manière inopportune ; choisir des soins coûteux ou des installations coûteuses une fois hospitalisés (ATIM ; 2000-b), ou demander des médicaments de confort (GALLAND et al ; 1997). LETOURMY (1996) fait remarquer que le secteur public des soins primaires n'est pas utilisé par les bénéficiaires des IPM, car la satisfaction de participants est plus grande au niveau des structures privées. Le recours des usagers au secteur privé s'explique, selon TANGCHAROENSATHIEN (1999), par la réputation qu'ont les structures privées de fournir des prestations médicales et non médicales de qualité. Il convient d'ajouter qu'une préférence générale, pour les médicaments de marque, associés de façon erronée à une meilleure qualité, constitue un obstacle à la mise en place d'une politique de médicaments génériques et essentiels qui serait synonyme d'une réduction des coûts de traitements (ATIM, 2000-a).

Lorsque les recettes ne suivent pas, la surconsommation des prestations met en danger la viabilité financière de l'organisme assureur et explique, en partie, les déficits financiers ayant entraîné la faillite de nombre d'entre elles, comme par exemple, le système de pré-paiement de Masisi en République Démocratique du Congo (LAMBO, 1997 ; ILUNGA, 1997), la Carte d'Assurance Maladie du Burundi (ILUNGA, 1997), la Mutualité de Kanage au Rwanda dont les membres utilisaient, respectivement, les services du dispensaire et ceux de l'hôpital, 8,5 et 23.5 fois plus que les non membres (ROENEN et CRIEL, 1997).

b- Le risque de sélection adverse ou d'anti-sélection

Une assurance à souscription volontaire est confronté au risque de la sélection adverse ou l'anti-sélection lorsque les individus porteurs de maladies chroniques ou présentant de grandes chances de tomber malade, adhèrent dans une plus large mesure que n'adhèrent les personnes en bonne santé (SHEPARD et al., 1992 ; BIT et al., 1996). Il est vraisemblable, selon SHEPARD et al. (1992), que les personnes quasi certaines de courir un risque plus grand de tomber malade souscriront massivement ; alors que les cotisations sont calculées sur la base de probabilité statistique moyenne de la maladie, dans la population cible. Dans ces conditions, le coût d'un grand nombre de membres présentant des grands risques, pourrait être plus élevé que la somme des recettes. Ceci compromet l'équilibre financier de la structure d'assurance car, en pareille situation, on note une forte demande des soins onéreux. Le niveau des dépenses par membre augmente ainsi, et les cotisations calculées sur la base d'un taux moyen de risque pour le groupe cible, ne peuvent les couvrir (ATIM 2000-a et b ; LAMBO, 1997 ; Galland, 1997 ; BIT & al., 1996). Cette forme d'anti-sélection, qui est difficile à combattre, eu égard à l'asymétrie de l'information entre l'assureur et l'assuré, s'élimine automatiquement lorsque l'adhésion à l'organisme d'assurance est obligatoire. C'est le cas des IPM où la participation de l'employé est systématique (ATIM, 2000-b).

Cependant, ATIM (2000-b) relève que les IPM sont aussi menacées par une autre forme de sélection adverse qui consiste, pour un employeur ayant un nombre croissant d'employés souffrant de maladies chroniques, à s'affilier à une IPM inter-entreprises au lieu de créer sa propre structure d'assurance. L'auteur ajoute en outre, que l'anti-sélection peut être le fait de certains systèmes d'assurance maladie qui, du fait de la concurrence, ont tendance à sélectionner les personnes à bon risque c'est-à-dire présentant de faibles chances de tomber malades.

c- Le risque de fraude et d'abus

Les différents acteurs de l'assurance maladie, en particulier les participants, prestataires et gestionnaires, sont parfois à l'origine de fraudes et d'abus qui font peser de graves menaces sur la viabilité du système (ATIM, 2000-a et b). Les fraudes et abus s'illustrent sous divers aspects, mais les assurés pour leur part, ont souvent tendance à faire profiter leurs voisins ou amis - n'ayant pas droit - des bénéfices de l'assurance sans qu'ils aient à supporter le coût correspondant (BIT/STEP, 2000 ; ROENEN et CRIEL, 1997). Cela s'explique selon ATIM (2000-a) par le fait que bien souvent, ces personnes ont l'impression que quelqu'un d'autre paye pour les services qu'ils utilisent. De tels comportements sont fréquents dans les systèmes d'assurances de grandes tailles et/ou obligatoires où la solidarité entre membres et le contrôle social¹ sont quasiment absents (ATIM, 2000-b).

Il a également été noté des cas où certains assurés, seul ou en complicité avec les prestataires, déclarent des maladies fictives et se font délivrer surtout des médicaments, puis se partagent la contrepartie monétaire versée par

1- c'est un contrôle opéré, souvent, sous la forme de visites aux malades, par l'ensemble des membres

l'assurance (BIT & al., 1996) ou les revendent - lorsqu'ils agissent seuls - sur le marché informel du médicament (LETOURMY, 1996).

Il est en outre possible que certains prestataires, profitent de l'ignorance des malades ou de l'asymétrie de l'information pour facturer des soins qu'ils n'ont pas donnés.

d- Le risque de sur-prescription

L'assurance a la particularité de rendre les prestataires et les patients moins sensibles aux prix des prestations ; et cela est à l'origine de certains de leurs comportements respectifs, qui occasionnent une escalade des coûts c'est-à-dire, une augmentation dangereuse des coûts des prestations supportés par l'assurance (ATIM, 2000a et b). En effet, si l'usager, par la sélection adverse, la fraude ou le risque moral, provoque une escalade des coûts, le risque moral en particulier, peut être également induit par les professionnels de santé à travers leurs sur-prescription (BIT/STEP, 2000 ; KUTZIN, 1997).

Les prestataires, pour augmenter leur revenus, n'hésitent souvent pas à induire la demande de soins superflus soit par la prolongation inutile des séjours à l'hôpital (BIT/STEP, 2000 ; BIT & al., 1996) soit par la multiplication d'actes ou schémas thérapeutiques les plus chers (ATIM, 2000-a et b ; ROENEN et CRIEL, 1997).

e- La gestion des risques : les méthodes envisageables

La viabilité des systèmes d'assurance dépend, pour une grande part, de la capacité des dirigeants à utiliser un ensemble de techniques pour contenir l'incidence des risques auxquels ils sont confrontés.

Divers mécanismes permettent à l'assurance maladie de contenir le risque moral. La première technique couramment utilisée est l'instauration d'une contribution financière dissuasive qui peut prendre la forme, soit :

⇒ d'un ticket modérateur, qui est un pourcentage fixe des frais médicaux que doit prendre en charge le malade (ATIM 2000-a et b ; BIT/STEP, 2000 ; BLOOM & SHENGHANT, 1999 ; GALLAND, 1997 ; CARRIN et al, 1997 ; ILUNGA, 1997 ; LAMBO, 1997 ; BIT et al, 1996). L'on recommande toutefois, que le ticket modérateur, qui concerne le plus souvent les soins ambulatoires et les médicaments (ILUNGA, 1997), soit moins important que la part supportée par l'assurance maladie afin de ne pas rendre les services de santé inaccessibles (ATIM 2000-b ; CARRIN et al, 1997) ;

⇒ d'une franchise ou déductible, qui est un montant fixe que doit payer le patient assuré quelque soit le montant des frais médicaux ; l'assurance n'intervient que si le montant payé par l'assuré n'arrive pas à couvrir l'ensemble des frais. Il peut donc arriver des cas où l'assurance n'ait rien à déboursier car la totalité des frais médicaux peut être couverte par l'assuré (STEP, 2000 ; ATIM 2000-a et b ; BLOOM, 1999 ; SHEPARD, 1992).

⇒ d'un plafond des prestations garanties c'est-à-dire, une limite de la consommation accorder aux patients assurés. La limite de consommation peut être estimée en nombre de consultation par personne et par an, en un montant total des prestations prises en charge. La plupart des mutuelles de santé de la région de Thiès, limitent leur couvertures en soins hospitaliers, aux dix (10) premiers jours d'hospitalisation (ATIM, 2000a ; RON, 1999 ; BROUILLET et al, 1997).

Cependant, il faut noter que même si ces mécanismes réduisent le risque moral, il peut arriver qu'ils découragent les assurés de chercher, au moment approprié, les soins nécessaires ; avec pour conséquences possibles, une

augmentation des coûts de soins par suite d'aggravation de la maladie (SHEPARD, 1992).

Ensuite, la mise en place d'un système dit de référence obligatoire qui fixe les règles d'accès aux soins d'un échelon supérieur peut permettre d'éviter les recours faciles et inopportuns à des soins coûteux, non nécessaires, et qui peuvent induire une surconsommation (STEP 2000 ; ATIM 2000-a ; LAMBO, 1997 ; ROENEN et CRIEL, 1997 ; BIT, 1996). Le succès de l'assurance maladie de Bwamanda est en partie dû au stricte respect du système de référence recours (CRIEL & al., 1999 ; SHEPARD, & al., 1992).

Certains auteurs suggèrent en outre, que pour limiter le risque moral, l'assurance ne devrait, d'abord couvrir que les prestations les plus onéreuses (ILUNGA, 1997) ou ne sélectionner que les prestations pour lesquelles les abus sont facilement contrôlables (GALLAND & al., 1997) telles que les hospitalisations. Mais pour SHEPARD & al. (1992), bien que la théorie du partage des risques permet de penser que l'assurance la plus appropriée est celle qui permet de couvrir les maladies coûteuses et peu fréquentes, les consommateurs préféreraient - même si des cotisations élevées ou de forts tickets modérateurs sont exigés - que les soins ambulatoires soient couverts. On peut également, dans les systèmes d'assurance traditionnels et/ou de taille réduite, où le lien de solidarité est plus fort, utiliser le contrôle social (ATIM 2000-b)

LAMBO (1997) révèle que le Programme de Carte de Santé en Thaïlande a réussi à minimiser le risque moral, en accordant des avantages - notamment par le renouvellement gratuit des abonnements - aux assurés qui n'ont pas eu recours aux prestations de l'assurance pendant l'année. Mais une telle alternative n'est pas à envisager pour les assurances maladies obligatoires comme les IPM.

Quant à la fraude, le plafonnement de la couverture médicale (ATIM, 2000b), l'identification des membres et leurs ayants droits ; et surtout le contrôle des documents d'identification et lettres de garantie par l'administration de l'assurance et le personnel de santé, semblent être de bons moyens pour lutter contre les fraudes et abus (BIT/STEP, 2000 ; ATIM 2000a et b). ATIM (2000-a) soutient qu'une implication démocratique des assurés à la gestion de l'organisme, renforce le contrôle social et pourrait permettre ainsi de contenir la fraude.

Enfin, plusieurs auteurs¹ recommandent, pour la gestion du risque de sur-prescription, la mise en œuvre de techniques telles que : le plafonnement des montants ou nombre de jours d'hospitalisation pris en charge, l'instauration d'une franchise, la standardisation des schémas thérapeutiques et le contrôle de leur respect par un médecin conseil, la rémunération des prestataires par capitation, l'obligation pour les médecins de prescrire les médicaments essentiels.

1- ATIM, 2000a et b ; BIT/STEP, 2000 ; TANGCHAROENSATHIEN, 1999 ; BIT, 1996

Tableau 2: Les risques et leur gestion.

RISQUES	DEFINITION	MANIFESTATIONS	TECHNIQUES DE GESTION DES RISQUES
Le risque moral	Consommation abusive des services de santé par une personne assurée, du fait l'élimination ou de la réduction de la barrière financière	<ul style="list-style-type: none"> -consultation précipitée du médecin pour des affections mineures ou hospitalisation inopportune ; - choix de soins coûteux ou d'installations coûteuses une fois hospitalisé ; - demande de médicaments de confort et de marque - utilisation limitée du secteur public des soins primaires et préférence pour les structures privées ; 	<ul style="list-style-type: none"> - ticket modérateur - franchise ou déductible - plafond des prestations garanties - système de référence obligatoire - contrôle social - certains avantages ou bonus, tels que le renouvellement gratuit des abonnements, aux assurés consommant modérément les soins
Le risque de sélection adverse ou d'anti-sélection	-adhésion massive des individus porteurs de maladies chroniques ou présentant de grandes chances de tomber malades, que n'adhèrent les personnes en bonne santé.	<ul style="list-style-type: none"> - forte demande des soins onéreux - fréquence des recours aux soins plus élevée que le taux moyen de risque pour le groupe cible ayant servi de base de calcul des cotisations, 	<ul style="list-style-type: none"> - Instauration d'une période d'observation pour les nouveaux candidats à l'adhésion. <p>Du fait de l'asymétrie de l'information, il est très difficile de lutter contre ce risque. L'assurance peut se prémunir contre les effets de l'antiselection, par la souscription à un système de réassurance</p>
Le risque de fraudes	Utilisation illégale des services et biens de l'assurance	<ul style="list-style-type: none"> - grande tendance chez les assurés, de faire profiter des bénéfices de l'assurance à des non ayant droits sans en supporter le coût correspondant ; - déclaration de maladie fictive par l'assuré, parfois avec la complicité du prestataire, - facturation, par le prestataire, de soins non administrés 	<ul style="list-style-type: none"> - le contrôle social - le plafonnement de la couverture médicale - l'identification par des photos et carnets de santé - des membres et leurs ayant droits ; - le contrôle des documents d'identification et lettres de garantie par l'administration de l'assurance et le personnel de santé, -- une implication des assurés à la gestion démocratique de l'organisme, renforce le contrôle sociale
Le risque d'escalade de coûts ou de sur-prescription	augmentation dangereuse des coûts des prestations supportés par l'assurance car les prestataires et les patients sont moins sensibles aux prix des prestations	<p>risque moral peut être induit par le professionnel de santé par une induction de la demande de soins superflus se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prolongation inutile des séjours à l'hôpital - multiplication des actes tels que les radiographies, scanners, échographies et autres analyses - l'utilisation de schémas thérapeutiques les plus chers 	<ul style="list-style-type: none"> - le plafonnement des montants ou nombre de jours d'hospitalisation pris en charge ; - l'instauration d'une franchise ; - la standardisation des schémas thérapeutiques et le contrôle de leur respect par un médecin conseil ; - la rémunération des prestataires par capitation ; - l'obligation pour les médecins de prescrire les médicaments essentiels.

A-3.2.2 La gestion de l'assurance

Le recours à l'assurance comme mode de financement des soins, nécessite l'indispensable acquisition d'une bonne habileté de direction et des capacités gestionnaires afin, non seulement de contenir l'incidence des risques mais aussi, de déterminer les mécanismes de paiement appropriés et l'usage rationnel des ressources de l'organisation pour assurer sa durabilité (ATIM, 2000-b ; LAMBO, 1997 ; KUTZIN, 1997). BLOOM & SHENGHANT (1999) révèlent que beaucoup d'assurances ont échoué à cause de la mauvaise qualité du management.

En effet, la nécessité de veiller, à la fois, à la viabilité du système d'assurance et l'accès des bénéficiaires aux services de soins, exige de la part des gestionnaires, la mise en place d'un mécanisme de paiement approprié. Il s'agit en d'autres termes d'un mécanisme qui, d'une part définit l'unité de service ou la combinaison de services pour laquelle ou lesquelles un prestataire est payé et qui d'autre part, détermine le montant et le flux d'argent entre le prestataire et l'assurance (HSIAO, 1999).

Il existent divers mécanismes de paiements dont les paiements à l'acte, par indemnité journalière, par cas ou épisode de maladie, par capitation, par budget global et par le salaire (ATIM, 2000-b ; HSIAO, 1999). Ces auteurs soulignent que ces mécanismes ne sont généralement pas appliqués chacun isolément ; et en outre, font respectivement basculer le risque financier selon le cas, soit chez l'organisme assureur soit chez le prestataire, puis induisent chez celui-ci, des incitations particulières.

Il est en effet démontré que le paiement à l'acte, par exemple, pousse les prestataires à induire la demande par sur-prescription de soins, ce qui a pour

conséquences d'élever les charges de l'assurance maladie (KUTZIN, 1997). Le paiement par capitation quant à lui permet d'une part, de transférer le risque financier chez le prestataire de soins, et d'autre part, de minimiser les coûts administratifs, permettant ainsi à l'assureur de maîtriser ses coûts (TANGCHAROENSATHIEN, 1999). Cependant, en l'absence de tout contrôle, le prestataire aura tendance à augmenter ses revenus au détriment de la qualité des soins (ATIM, 2000-b).

Enfin, un organisme d'assurance maladie social a besoin d'être organisé et géré de façon à ce que le coût de fonctionnement de la structure, soit le plus bas possible (KUTZIN, 1997 ; LAMBO, 1997). Cela implique aussi, qu'il faut éviter les cas de détournement de fonds (LETOURMY, 1996) et de complicité de pratiques abusives (ATIM, 2000-a) pour lesquels certains gérants ou responsables de la gestion des organismes d'assurance maladie, sont souvent mis en cause.

ATIM (2000-b) suggère que les frais de fonctionnement de l'institution ne doivent pas excéder 10% des recettes totales ; et pour atteindre l'efficacité administrative, ce taux devrait être inférieur ou égal à 5% (ATIM, 1999). L'expérience de la mutuelle de Bwamanda, en République Démocratique du Congo où les coûts de fonctionnement tourne autour de 5% des recettes (LAMBO, 1997 ; SHEPARD et al, 1992) témoigne de l'efficacité administrative de la structure ; contrairement aux IPM pour lesquels, LETOURMY (1996) a observé que la moyenne des frais administratifs se situe à 17% de recettes, avec des pics à 55% (LETOURMY, 1996). RON (1999) suggère que périodiquement, une attention devrait être portée sur les changements de besoins et de préférences des membres afin d'ajuster le paquet d'avantages ; Cela va certainement exiger que les cotisations soient ajustées mais doivent rester dans un intervalle raisonnable qui reflète les changements de coûts et de l'inflation.

En somme, la gestion efficiente d'une structure d'assurance nécessite que l'attention soit portée sur le système d'enregistrement et de facturation, la détermination du montant et du mode de collecte de la cotisation, la détermination du paquet de bénéficiaires, l'établissement de contrat avec les prestataires, le marketing social, la comptabilité et la tenue des livres, la budgétisation ainsi que la gestion des fonds (ATIM, 1999).

A-3.2.3 Les facteurs liés au caractéristique socio-économiques des assurés

Analysant les taux d'utilisation des services de santé par des membres du système d'assurance maladie "Gonosasthya Kendra" au Bangladesh, DESMET et al (1999) observent qu'en général, les plus pauvres utilisent plus les services de santé que les plus riches. Et lorsque les taux d'utilisation sont ajustés par le facteur incidence de la maladie, le ratio utilisation des services sur besoin des services de santé - pour quatre (4) groupes d'individus définis en fonction de leurs revenus - révèle que les plus pauvres et les plus riches recourent massivement aux soins que les deux autres groupes intermédiaires. Cela pourrait s'expliquer, selon eux, par une sur-utilisation des services par les premiers ou une sous-utilisation par les groupes intermédiaires.

Bien qu'en général, l'on recommande que l'unité d'affiliation à une assurance maladie volontaire soit le ménage afin de contenir la sélection adverse, on note par contre que la taille de la famille influence aussi le niveau des dépenses. Ceci explique les mesures prises par certaines institutions d'assurance maladie afin que les cotisations varient en fonction du nombre de personnes en charge. C'est le cas du système d'assurance maladie "ORT Health Plus Scheme" aux Philippines qui a instauré trois (3) niveaux de contributions en fonction de la taille de la famille (RON, 1999). Au niveau des IPM cependant, quelque soit la taille de la famille, la contribution ne dépend que du niveau du salaire.

A-3.3. Les facteurs influençant le niveau des ressources

L'article 12 du décret n° 75-895 du 14 Août 1975, portant organisation des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), stipule que les ressources des dites institutions, devraient provenir principalement des cotisations des travailleurs et celles des employeurs, puis éventuellement de subventions, dons, legs et contributions diverses. Ainsi, les cotisations constituent la principale source de financement de tout système d'assurance sociale ; par conséquent, elles doivent être régulières et suffisantes pour couvrir, au moment opportun, l'ensemble des charges (LAMBO, 1997).

Pour les IPM, la loi fixe les cotisations patronales et salariales respectivement, à un taux maximum de 3% du salaire brut, plafonné à 60 000FCFA. Les cotisations précomptées sur le salaire de l'employé et celles de l'employeur, sont versées mensuellement à l'IPM. Mais l'une des causes de déficit financier au niveau des IPM, semble être l'insuffisance des cotisations, due à la rigidité de la fourchette du taux et du plafonnement des cotisations (SENGHOR & al., 1996), alors que l'inflation et le recours aux technologies modernes entraînent la croissance des coûts des prestations. Cependant, en dépit des exigences de la loi, la plupart des IPM se sont affranchies de la contrainte liée à la fixité des cotisations (LETOURMY, 1996).

La fraude, les détournements de fonds et les difficultés de recouvrement des créances, ne semblent pas innocents, face aux difficultés qu'ont certaines IPM à honorer leurs engagements. En effet, la quasi totalité des IPM ont adopté le mécanisme de paiement à l'acte associé au tiers payant rétrospectif ; or cette association est connue induire considérablement l'escalade de coûts (LETOURMY, 1996). En plus, elle offre l'opportunité au patient de se faire traiter sans

déboursier immédiatement le ticket modérateur ou quote-part. Il incombe à l'IPM de payer le prestataire et se charger ensuite de récupérer la quote-part du participant. Selon LETOURMY (1996), le montant des quotes-parts non recouvrées varie entre 10% et 150% des cotisations totales.

Nonobstant quelques cas où des entreprises en difficultés ne reversent pas ou pas régulièrement les cotisations aux IPM, la grande majorité des employeurs versent les cotisations des participants et s'acquittent des leurs. Certains employeurs octroient des subventions en nature (bureaux, mobilier, électricité, etc...) et financiers indispensables parfois pour équilibrer les comptes des IPM (SENGHOR & al., 1996 ; LETOURMY, 1996). Mais une structure d'assurance, pour être autonome, doit pouvoir s'autofinancer car, bien que les employeurs soient soucieux de la santé de leurs travailleurs, il n'en demeure pas moins, qu'ils souhaitent avant tout, maintenir leurs contributions au niveau le plus bas possible afin de minimiser l'ensemble de leurs coûts de production (KUTZIN, 1997).

La constitution d'un fonds de réserve et d'un fonds de garantie, peut conférer aux IPM, une plus grande sécurité. Ces fonds, prévus par la loi sont alimentés par une partie des excédents annuels pour ce qui concerne le fonds de réserve, et un prélèvement de 0,20% sur l'ensemble des cotisations encaissées pour ce qui concerne le fonds de garantie. Si certains IPM disposent de quelques réserves, ce n'est pas le cas pour le fonds de garantie dont les modalités de fonctionnement, devant être définies par décret n'est pas encore effectif (ATIM, 2000-b). En Chine par contre, la "Rural Cooperative Medical System" n'a d'ailleurs pu résoudre les problèmes des malades dits « cas catastrophiques », coûteux que par une allocation de 5% de ses revenus à un fonds de garantie (CARRIN & al., 1996).

L'on pense aussi que les ressources d'une assurance maladie, dépendent aussi du nombre de bénéficiaires, qui doit être assez élevé pour que les risques de survenue de graves maladies, souvent coûteuses, soient suffisamment partagées, et que d'autre part, les cotisations soient moins élevées mais suffisantes (HSIAO, 1999 ; KUTZIN, 1997 ; LAMBO, 1997). Mais à ce sujet, il n'y a pas de normes standards et les avis divergent considérablement. Pour les IPM, la loi fait obligation à toute entreprise de plus de 100 employés permanents de créer une IPM d'entreprise. En d'autres termes, la loi stipule implicitement qu'une structure d'assurance avec un minimum de 100 cotisants peut être viable. Ce point de vue n'est pas partagé par certains auteurs pour qui, le bon fonctionnement de telles institutions requiert que le nombre minimum de participants doit être de 1000 (LETOURMY, 1996) ou que le nombre de l'ensemble des bénéficiaires doit se situer entre 5000 et 10 000 (HSIAO, 1999). Sans se prononcer clairement sur le nombre de participants indispensables pour qu'une IPM soit viable, la Confédération Nationale des Travailleurs Sénégalais lie les difficultés des IPM à leurs tailles relativement réduite ; et propose la création, en lieu et place des dites institutions, d'une caisse nationale d'assurance maladie (SENGHOR, 1996 ; LETOURMY, 1996).

A-3.4. Les indicateurs de performance des systèmes d'assurance

La performance administrative, financière et économique d'un système d'assurance est évaluée à partir de critères techniques, notamment des indicateurs de suivi financier. Ces indicateurs se présentent sous la forme de ratios particulièrement importants car permettent de saisir la santé financière de l'assurance, c'est-à-dire, sa capacité à faire face, au moment voulu à ses obligations vis-à-vis des membres et des tiers (ATIM, 1999 ; BIT/ACOPAM, 1996). Les principaux indicateurs souvent utilisés sont les ratios de liquidité, de solvabilité, de

couverture des dépenses, des cotisations perçues sur le montant annuel des charges de l'exercice, de frais d'administration, etc... (STEP/CIDR, 2001; ATIM, 2000-b ; STEP, 1999 ; ATIM, 1999, BIT/ACOPAM, 1996). Ces différents ratios se présentent comme suit :

⇒ Le ratio de liquidité immédiate

C'est le rapport des fonds immédiatement disponibles (les avoirs en caisse + les fonds en banque) sur les dettes à court -terme constituées par l'ensemble des engagements de la structure, allant de 1 à 3 mois.

$$R.Liq = \frac{AC + AB}{DCT}$$

R.Liq = Ratio de liquidité

AC = Avoirs en Caisse

AB = Avoirs en Banque

DCT = Dettes à court terme

Ce ratio, qui doit être supérieur ou égal à 1, permet d'apprécier la capacité de la structure à faire face immédiatement à ses engagements financiers.

⇒ Le ratio de solvabilités ou ratio de capitaux propres

$$R.Solv = \frac{CP}{DT}$$

R.Solv = Ratio de solvabilité

CP = Capitaux propres ou montant des ressources dont peut disposer l'IPM sans recourir à un emprunt

DT = Dettes totales

Ce ratio doit aussi être supérieur ou égal à 1 et indique la capacité de

l'organisation à honorer ses dettes vis-à-vis des tiers, sans recourir à un emprunt. Ainsi la valeur que prendra ce ratio, il témoignera ou non de la crédibilité de la structure, du point de vue de sa solvabilité.

⇒ Le ratio de couverture des dépenses

$$RCDép = \frac{R}{Ch.P} * 12(en.mois)$$

RCDép = Ratio de Couverture des dépenses

R = Reserves

Ch.P = Charges en Prestation ou dépenses médicales

Normalement, les réserves doivent être capables de couvrir environ 3 à 6 mois de dépenses afin d'assurer une sécurité raisonnable au système d'assurance et le rendre ainsi, apte à faire face à de grandes dépenses inattendues telles qu'en cas d'épidémie.

⇒ Le ratio d'équilibre général ou ratio des cotisations acquises sur charges

$$REq.G = \frac{Co.Aq}{Ch.T}$$

REq.G = Ratio d'équilibre général

Co.Aq = Cotisations Acquises

Ch.T = Charges Totales

Ce ratio doit être normalement supérieur à 1 pour témoigner de la capacité de l'assurance à couvrir ses charges. Il permet donc de répondre à la question de savoir si les cotisations sont suffisantes pour couvrir les charges, sinon il révèle la nécessité d'augmenter les cotisations ou recourir à des subventions.

⇒ Le ratio de frais de fonctionnement

$$RFF = \frac{Ch.F}{T.Pd} * 100$$

RFF = Ratio de frais de fonctionnement

Ch.F = Charge de fonctionnement

T.Pd = Total des Produits ou montant annuel des recettes

Pour être efficiente, une assurance devrait œuvrer pour avoir 5% voire moins (ATIM, 1999) ou, au pire des cas, ne pas excéder 10% (ATIM, 2000-b) de taux de frais d'administration.

⇒ Le Taux de recouvrement des cotisations et des quotes-parts

$$Tx.RC = \frac{Co.P}{Co.At} * 100$$

$$Tx.RQp = \frac{Qp.P}{Qp.At} * 100$$

Tx.RC = Taux de Recouvrement des Cotisations

Tx.RQp = Taux de Recouvrement des Quotes-parts

Co.P = Cotisations Perçues

Co.At = Cotisations Attendues

Qp.P = Quotes-parts Perçues

Qp.At = Quotes-parts Attendues

Ces ratios mesurent la proportion des cotisations ou quotes-parts émises (ou tickets modérateurs dus par les participants), effectivement encaissées à la date d'échéance, par la structure d'assurance.

⇒ Délai moyen de paiement des prestataires

$$DMpp = \frac{DP}{Ch.P} * 365 \text{ jours}$$

DMpp = Délai Moyen de paiement des prestataires

DP = Dette vis-à-vis des Prestataires à la fin de l'exercice

Ch.P = Charges en Prestation ou dépenses médicales (pour l'année écoulée)

Cet indicateur renseigne sur la capacité de l'IPM à respecter le délai conventionnel qui est de 60 jours.

⇒ Le ratio de sinistralité

$$RS = \frac{Ch.P}{Co.Aq} * 100$$

RS = Ratio de Sinistralité

Ch.P = Charges en Prestation ou dépenses médicales

Co.Aq = Cotisations Acquisées

La valeur de ce ratio indique la proportion des cotisations ayant servi effectivement au financement des soins.

⇒ Le Résultat Economique

$$RE = Rf - CCv$$

RE = Résultat Economique

Rf = Résultat financier de l'exercice

CCv = Coûts Cachés valorisés correspondant au coût des activités que l'IPM aurait dû réaliser pour bénéficier des mêmes services que ceux qui ont été fournis gratuitement par les employeurs en général.

B-MODELE THEORIQUE

La revue de littérature nous permet d'identifier les acteurs et facteurs susceptibles d'influencer la viabilité des institutions de prévoyance maladie (cf. figure 1). Toutefois, compte tenu des contraintes de temps et de ressources d'une part, et les difficultés d'accès aux informations¹ d'autres part, l'analyse a été portée aux seuls niveaux de la tutelle et des gestionnaires (cf. figure 1').

Cependant, la pertinence de l'étude est quasi préservée eu égard à l'immensité des tâches dévolues à ces deux acteurs. Aussi, la viabilité des IPM sera étudiée sous 3 angles:

- La viabilité institutionnelle
- La viabilité administrative et de gestion
- La viabilité financière et économique

C-HYPOTHESES DE RECHERCHE

A partir de la revue de la littérature, nous pouvons formuler trois (3) hypothèses:

- H₁: Les résultats déficitaires obtenus par les IPM sont dus au non respect des dispositions légales;
- H₂: Les IPM ne parviennent à couvrir l'ensemble de leurs charges que grâce à des subventions;
- H₃: une faible capacité de recouvrement des quotes-parts induit le déficit des IPM.

1- Les prestataires et certains gérants ayant refusés de nous communiquer leurs statistiques et informations financières.

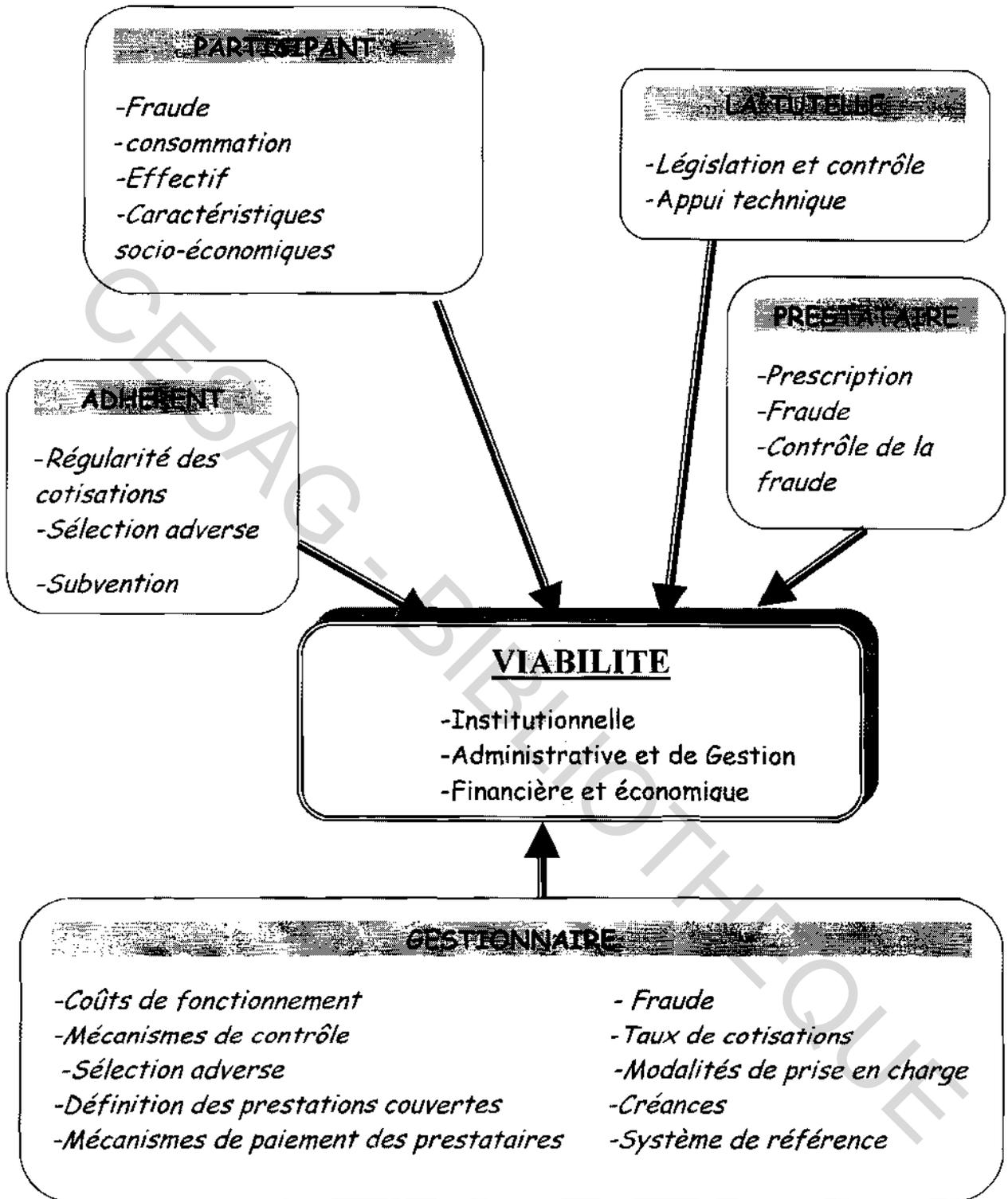


Figure 1: Le modèle théorique général

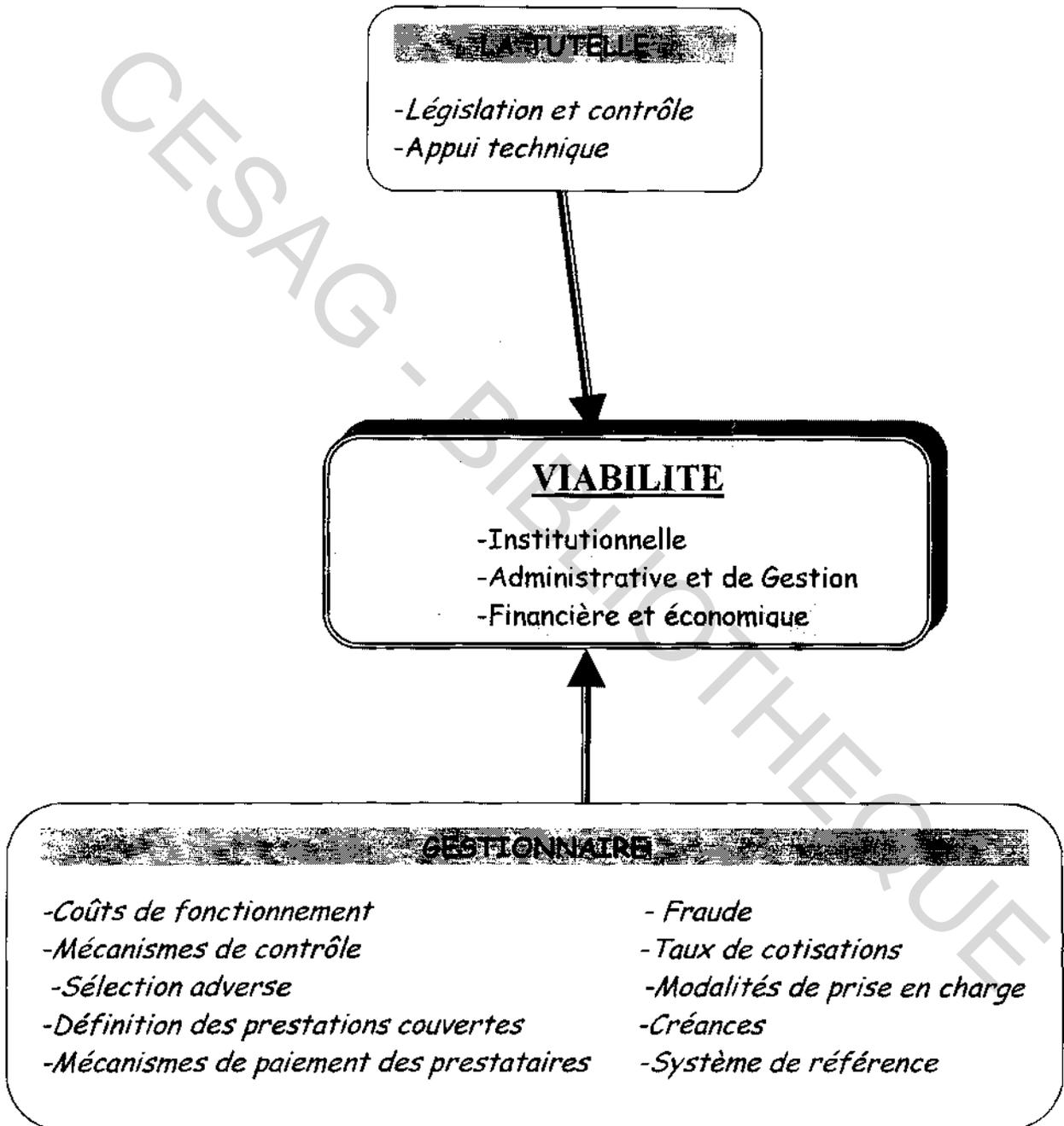


Figure 1' : Le modèle théorique simplifié de l'étude

Deuxième Partie:

**LE CADRE PRATIQUE
ET OPERATIONNEL**

Chapitre I : METHODE ET PROCEDURE DE RECHERCHE

1-Stratégie et devis de recherche

La stratégie adoptée pour cette étude est une recherche synthétique de cas ou étude de cas multiples, qui a pour finalité d'étudier en profondeur les IPM et les facteurs susceptibles d'influencer leur viabilité. Elle utilise comme devis, deux niveaux d'analyse que sont la tutelle et le gestionnaire. Comme toute étude de cas, elle a un potentiel élevé de validité interne (CONTANDRIOPOULOS et al., 1990).

Bien que le nombre des unités d'analyse soit peu élevé, la quasi similitude de l'organisation et le fonctionnement des IPM, dont environ 82% opèrent dans la région de Dakar, pourrait conférer à notre étude, une validité relative externe.

2-Population à l'étude

La population cible est constituée par l'ensemble des IPM d'entreprises et interentreprises implantées dans la région de Dakar. Cette région regorge, en effet, près de 82% de l'ensemble des IPM du Sénégal; et qui exercent leurs activités dans un environnement presque identique en ce qui concerne la diversité de l'offre de soins et la multiplicité des choix thérapeutiques qui en découle. Ces IPM constituent donc un groupe homogène par rapport aux autres IPM exerçant à l'intérieur du Sénégal où parfois, seul un prestataire existe, limitant ainsi les possibilités de choix.

En outre, plusieurs IPM implantés à Dakar étendent leurs activités dans les autres régions, ce qui leur donne les attributs d'organismes nationaux.

3-Méthode d'échantillonnage

La population des IPM de Dakar présente deux groupes mutuellement exclusifs formés des IPM-E (67%) et des IPM-IE (33%). Aussi, pour préserver l'homogénéité interne que présente chaque groupe, un sondage stratifié a t'il été réalisé. Ce sondage a consisté à un tirage probabiliste proportionnel à l'intérieur de chaque sous-groupe ou strate.

La détermination de la taille N' de l'échantillon s'est faite grâce à la commande ECHANTILLONNAGE du logiciel EPI INFO 6.fr, avec les paramètres suivants:

- Le risque $\alpha = 10\%$
- La précision voulue est de 10%
- Le taux d'incidence de l'insolvabilité des IPM est égal à 0,5¹
- La taille N de la population d'IPM de Dakar est de 91.

L'effectif de l'échantillon nécessaire à l'étude est de 40 ; avec 67% d'IPM-E et 33% d'IPM-IE, correspondant respectivement à 27 et 13.

Toutefois, c'est le lieu de rappeler les difficultés et refus rencontrés pour avoir accès aux informations relatives surtout aux finances et à la gestion des biens de l'institution. Bien de fois, certaines institutions, suspectées ou reconnues être déficitaires depuis plusieurs exercices, ont fait des difficultés pour nous recevoir. D'autres, n'ont pu nous communiquer leurs données car, un an après la fin de l'exercice, les résultats n'avaient pas encore été validés par leur Conseil d'Administration ou le Conseil des Représentants.

1- Ce taux a été déterminé à partir des travaux de LETOURMY (1996).

Le seul facteur d'inclusion retenu est d'avoir au moins un an d'existence afin de disposer du bilan et du compte de résultat. Cependant, à la pratique, un autre facteur s'est imposé à nous, il s'agit de l'acceptation des responsables de l'institution à collaborer quand bien même, certaines informations se sont avérées incomplètes. Aussi, l'étude s'est-elle portée finalement sur un échantillon total de 13 IPM dont 5 IPM-E et 8 IPM-IE.

4-L'inférence statistique

La qualité des estimations des moyennes de la population couverte par les IPM et le montant des ressources mobilisées pour financer la santé sera affinée par la détermination de leurs intervalles de confiance au seuil $\alpha = 5\%$ ou $\alpha = 10\%$. Puisque nous sommes ici, dans un cas de "petit échantillon", la construction des intervalles de confiance a reposé sur la formule¹:

$$\left[m - t \frac{\sigma}{\sqrt{n}}; m + t \frac{\sigma}{\sqrt{n}} \right]$$

n est la taille de l'échantillon

m = moyenne

σ est l'estimateur de l'écart type de la population d'IPM. σ est obtenue à partir

de la formule suivante : $\sigma = s \sqrt{\frac{n}{n-1}}$ dans laquelle s est l'écart type de l'échantillon.

La statistique $t = \frac{m - \mu}{s/\sqrt{n}}$ est donnée par la table de la loi de Student à $n-1$ degré

de liberté (ddl) et nous les liront pour des seuils $\alpha = 5\%$ ou $\alpha = 10\%$. Puisque le test est bilatéral, ce sont les valeurs correspondantes à la limite de l'aire $b = \alpha/2$ soit respectivement $b = 0,025$ et $b = 0,05$.

(1)- Cf. J. L. BOURSIN, 1981

5-Valorisation des coûts cachés

Le besoin de déterminer le résultat économique nous impose de valoriser les coûts cachés c'est-à-dire, les coûts des activités que l'IPM aurait dû réaliser pour bénéficier des mêmes services que ceux qui lui ont été fournis gratuitement. Les éléments des coûts cachés ont été identifiés ensemble, avec les gérants. Lorsque certains de ces coûts avaient été auparavant estimés par les gérants, ces coûts étaient comptabilisés tels qu'ils ont été estimés. Par contre à l'absence de toute estimation antérieure, ce qui a été particulièrement le cas pour le mobilier et les véhicules, nous avons procédé à leur estimation par la détermination des annuités constantes qui les amortissent. Les paramètres retenus sont :

- ✓ la durée de vie des véhicules est de 10 ans ; celles du mobilier de bureau et du matériel informatique sont respectivement de 5 et 3 ans ;
- ✓ le taux d'actualisation est de 5 % eu égard à la faiblesse du taux d'inflation (0,9% en 1999), du déflateur de PIB (2,27% en 1999) et du taux de rémunération de l'argent sur le marché monétaire Ouest Africain (le taux directeur de la BCEAO étant de 5,25%).

6-Définition opérationnelle des variables à l'étude

La viabilité d'un système d'assurance maladie traduit sa capacité à développer des activités, un environnement juridique et économique ainsi que des pratiques gestionnaires appropriés, en vue de lui permettre d'ajuster durablement ses comptes. En d'autres termes, la rationnelle combinaison de ces facteurs doit conduire à la mobilisation de ressources suffisantes et à garantir la pérennité à long terme de l'organisation.

Comme annoncé précédemment, la viabilité des IPM sera analysée suivant trois (3) axes, à savoir:

- *La viabilité institutionnelle;*
- *La viabilité administrative et de gestion;*
- *La viabilité financière et économique.*

Pour le calcul des indicateurs, les méthodes utilisées ont été proposées par STEP/CIDR, 2001; ATIM, 2000-b ; STEP, 1999 ; ATIM, 1999, BIT/ACOPAM, 1996 et ont déjà été exposées.

6.1-La viabilité institutionnelle

Il s'agit de la capacité à mettre en place, un ensemble d'instruments pouvant régir au mieux, les activités et comportements des différents acteurs. En ce qui concerne les IPM, le cadre réglementaire est en principe mis en place par des lois, décrets et arrêtés officiels. Ce textes portent sur:

- ◆ Le niveau d'implication des différents acteurs;
- ◆ Le contrôle et l'appui technique par les autorités;
- ◆ La relation avec les prestataires et autres partenaires.

Cette viabilité sera appréciée à l'aide des indicateurs suivants:

- ◆ La composition du CR ;
- ◆ La fréquence des AG;
- ◆ Le taux de participation aux réunions ;
- ◆ La régularité de la transmission des rapports à l'autorité;
- ◆ Les types de relations avec les prestataires et organisations similaires ;
- ◆ L'existence et la fréquence des contrôles internes et externes;
- ◆ Types de relation avec les structures d'appui technique.

6.2-La viabilité administrative et de gestion

La mise en place de procédures administratives et manageriales capables de garantir la mobilisation de ressources adéquates et leur utilisation rationnelle, peut conférer à l'assurance maladie, une meilleure viabilité. Aussi, l'optimisation d'une telle viabilité exige t'elle, que les structures d'assurance maladie mettent un accent particulier sur:

- ◆ Les modalités d'adhésion;
- ◆ La détermination du paquet de prestations;
- ◆ La formation et le renforcement des capacités;
- ◆ Les bénéficiaires et les modalités de prise en charge;
- ◆ Le mode de détermination des cotisations et du ticket modérateur (quotes-parts);
- ◆ La tenue des documents comptables et financier;
- ◆ Le recouvrement des cotisations et quotes-parts;

L'évaluation de la viabilité administrative et de gestion requiert les indicateurs suivants:

- ◆ Les techniques de gestion des risques;
- ◆ Le taux de prise en charge des prestations;
- ◆ Le nombre de formations reçues durant l'exercice;
- ◆ L'existence d'un système de référence - recours;
- ◆ L'existence d'une liste de prestataires agréés;
- ◆ Existence de mécanismes d'incitation à l'utilisation des structures publiques de soins;
- ◆ La durée moyenne de recouvrement des cotisations;
- ◆ La durée moyenne de recouvrement des quotes-parts;
- ◆ La durée moyenne de recouvrement de l'ensemble des recettes;

- ◆ La taille de la famille;
- ◆ Le nombre de personnes employées par l'IPM;
- ◆ Le nombre de personnes travaillant pour l'IPM mais rémunérées par l'adhérent;
- ◆ Le ratio de frais d'administration;
- ◆ Le délai moyen de paiement des prestataires.

6.3-La viabilité financière et économique

La viabilité financière et économique est appréhendée au moyen de ratios. Ces ratios, qui renseignent sur l'état du patrimoine de l'organisation sont, entre autres:

- ◆ Le ratio de liquidité;
- ◆ Le ratio de solvabilité;
- ◆ Le ratio de couverture des dépenses;
- ◆ Le ratio d'équilibre général ou ratio des cotisations sur charges;
- ◆ Le ratio de sinistralité;
- ◆ Le résultat économique;
- ◆ Le taux de financement propre.

7-La collecte et l'analyse des données

7.1-La méthode de collecte des données

Les données utilisées pour cette étude ont été collectées à partir d'entrevues semi-dirigées avec les gérants de ces institutions. Parfois ces entrevues ont été précédées par un à deux jours de « stage » pour comprendre le fonctionnement et les mécanismes de contrôle, au sein de l'institution. Les entrevues ont été menées par le chercheur lui-même pendant la période allant du 30 Janvier au 19 Avril 2001.

Compte tenu du caractère hétérogène et défaillant du système d'informations au niveau de nombre d'IPM, nous notons avec CONTANDRIOPOULOS et al. (1990) que l'entrevue semi-dirigée comme forme de collecte de l'information est adaptée pour obtenir des taux élevés de réponses précises.

En outre, les documents comptables tels que le compte du résultat et le bilan, les registres et rapports d'activités des IPM ayant consenti à nous les fournir ont été également consultés.

7.2-La méthode d'analyse des données

Lors de l'enquête, de nombreuses informations ont été recueillies. Pour aboutir à des conclusions pertinentes, DESBOIS (1999) et AFIFI&CLARK (1996) recommandent une Analyse en Composantes Principales (ACP) connue pour la possibilité qu'elle offre pour connaître simultanément, les liaisons existant entre plusieurs variables d'une part et d'autre part, constituer des groupes homogènes d'individus ou d'unités d'analyses.

L'ACP s'applique en particulier à des tableaux rectangulaires de mesures, dont les colonnes contiennent des variables à valeurs numériques; et les lignes représentent les individus ou organisations sur lesquels ces variables sont mesurées. Aussi, bien que les méthodes factorielles n'admettent pas - à priori des hypothèses de recherche - l'utilisation de l'ACP ici, répond plus au souci de confirmer les liens entre les différentes variables qu'à une rigueur méthodologique. Ainsi, nous réaliserons une ACP afin de réduire la dimensionnalité des tableaux aux 2 principaux facteurs d'interactions entre variables et de représenter graphiquement ces interactions.

7.3-Les instruments de collecte et d'analyse des données

L'entrevue avec les gérants d'IPM s'est faite à l'aide d'un guide d'entretien préparé d'avance. Le guide d'entretien est présenté en annexe du document.

La détermination de la taille de l'échantillon et l'analyse des données ont été faite sur micro ordinateur, à l'aide des logiciels Epi info 6.fr, Microsoft Excel et SPSS 7.5. Pour les exigences de l'outil informatique certaines variables considérées ont été codées.

Chapitre II : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

II.1 - Les Itinéraires thérapeutiques du malade

En cas de maladie, les participants ou leurs ayants - droits assurés par les IPM à l'étude, empruntent en général, deux (2) principaux itinéraires pour recourir aux soins.

Le premier itinéraire identifié (cf. Figure 2) est la plus utilisée car adoptée par 12 des 13 des IPM échantillonnées. Cet itinéraire préconise qu'une fois malade, l'assuré muni de son livret de famille¹, se rende au siège de l'IPM ou à l'un de ses démenbrements² où le gérant lui délivre une Feuille de Maladie (FM) qui l'autorise à consulter un praticien figurant sur une liste de prestataires agréés. Le praticien peut être un médecin généraliste ou un spécialiste, mais rarement un auxiliaire de santé. Après consultation du praticien, le patient retourne à l'IPM - muni de son livret de santé dûment visé par le médecin - pour le retrait :

- ✓ soit d'un Bon de Commande (BC) afin de se procurer les médicaments figurant éventuellement sur l'ordonnance ;
- ✓ soit d'une autre feuille de maladie afin de pouvoir consulter, en cas de besoin, un spécialiste si initialement, il avait consulté un généraliste ;

1- Il correspond au carnet de santé et permet l'identification des membres de la famille. A l'intérieur figurent l'identité et la photo du membre participant, des enfants n'ayant pas atteint la limite d'âge (variant entre 18 et 21 ans) et des épouses (au maximum 4) si bien sûr le membre participant est un homme.

2- Certaines IPM IE délocalisent la délivrance des Feuilles de maladies en confiant cette tâche à des bénévoles au niveau de chaque entreprise. Pour les IPM à caractère national, des sous-gérants travaillent à l'échelle régionale ou départementale.

- ✓ soit enfin d'une Lettre de Garantie (LG) adressée aux laboratoires, cliniques et hôpitaux conventionnés, lorsqu'il y a nécessité de se faire hospitaliser ou de subir des examens et analyses médicaux, biologiques ou radiologiques.

Ensuite, après un éventuel recours à la consultation d'un spécialiste, une hospitalisation et/ou à des analyses, le patient muni de son ordonnance, repart à l'IPM se faire délivrer un bon de commande.

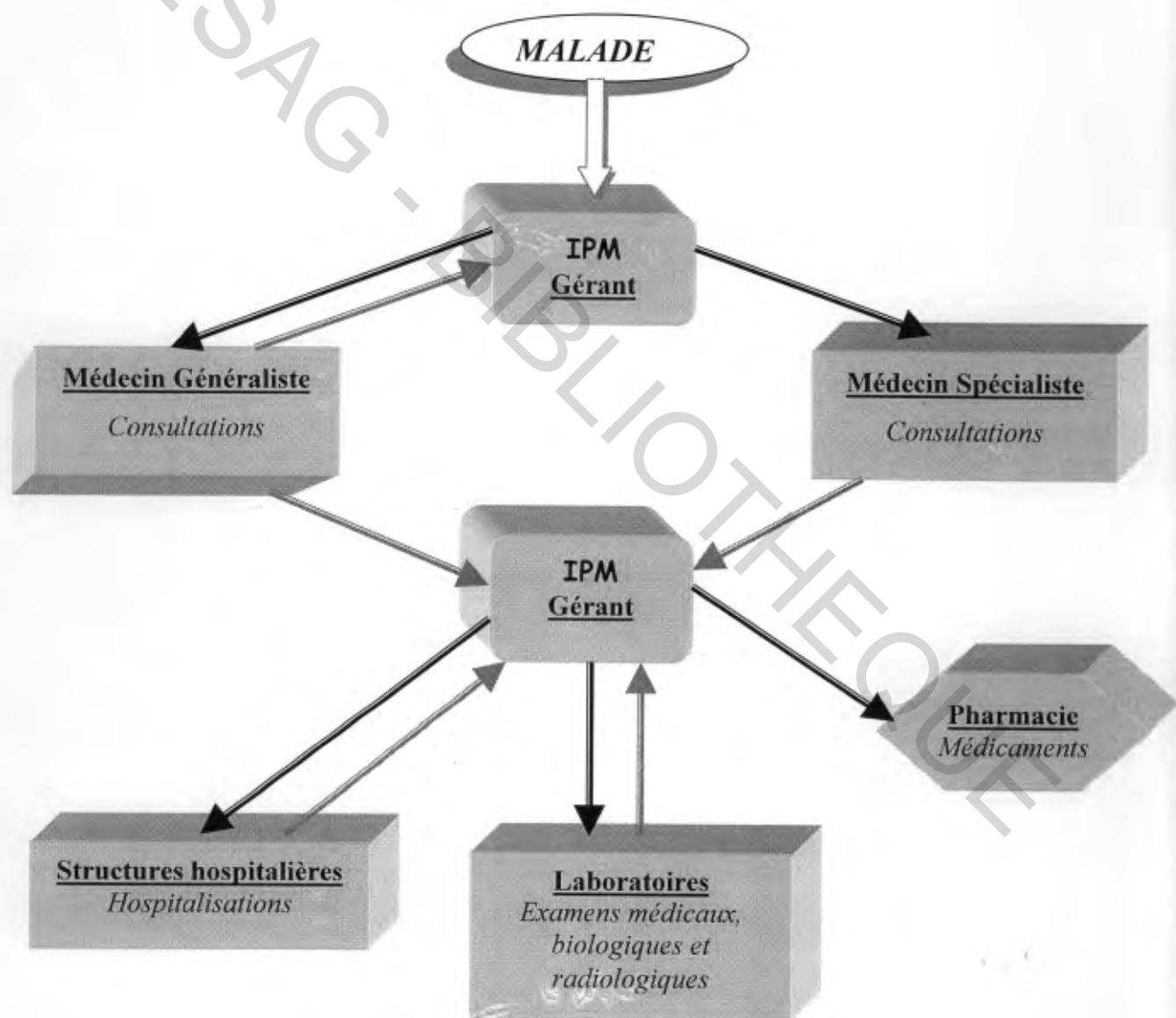


Figure 2 : Itinéraire thérapeutique du malade n°1

Le second itinéraire thérapeutique identifié s'apparente au modèle précédent mais a pour particularité, l'obligation du patient à se faire ausculter par un médecin généraliste jouant le rôle de « Gate Keeper » c'est-à-dire, seul habilité à attester le besoin pour le malade de consulter un spécialiste ou subir une hospitalisation et des examens d'aide à la décision médicale. Ce mode de filière de soins présenté par la Figure 3, est mise en œuvre au niveau de la seule IPM-RTS. Ceci a d'ailleurs été possible grâce à la présence d'une unité de soins permanente au sein de l'entreprise.

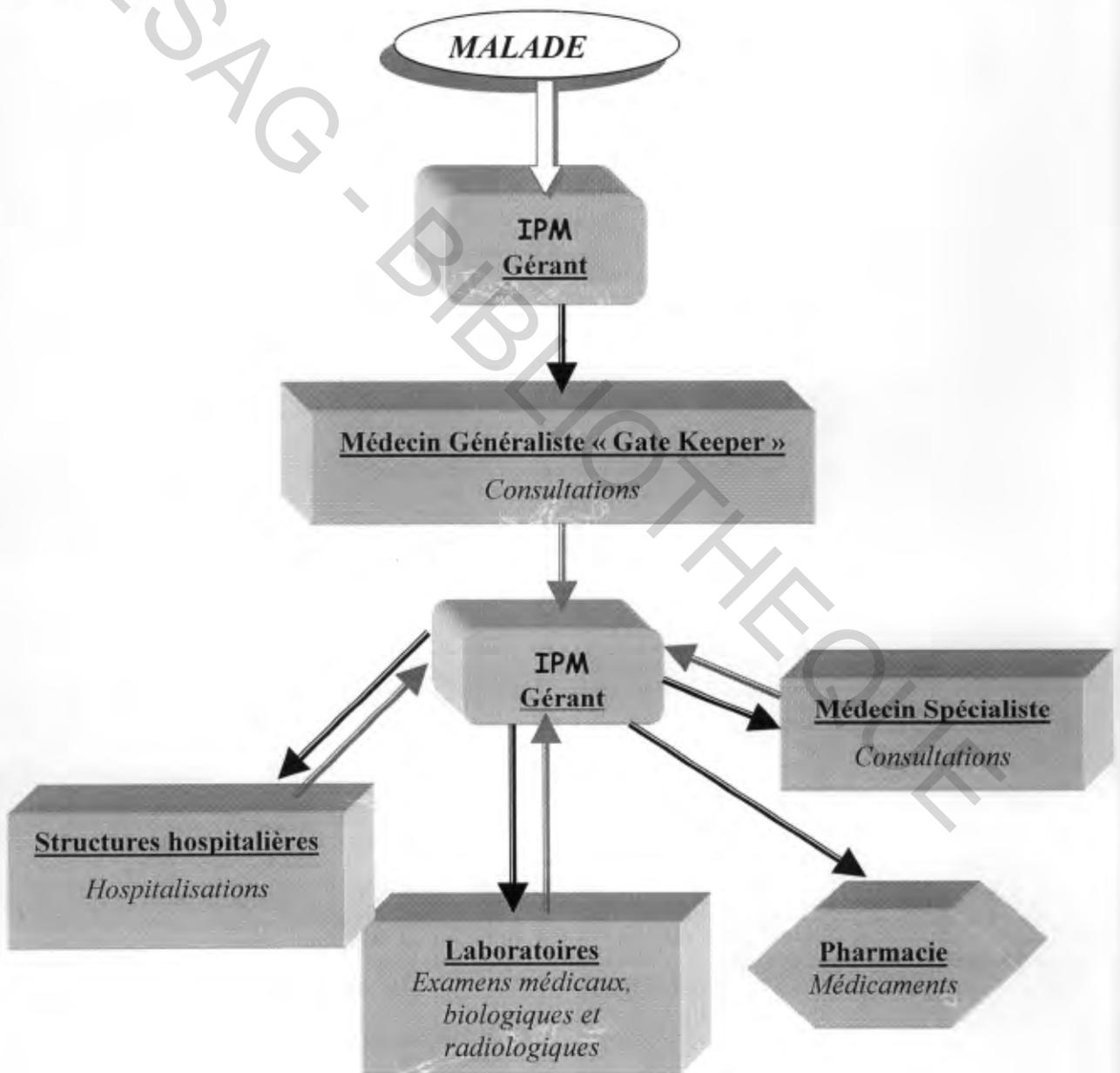


Figure 3: Itinéraire thérapeutique du malade n°2

Dans l'un ou l'autre cas, pour toutes les étapes de la filière de soins, c'est le mécanisme du tiers payant intégral ou rétrospectif qui est mis en œuvre c'est-à-dire que le patient se fait examiner, hospitaliser et/ou servir des médicaments sans déboursier une contrepartie financière dans l'immédiat.

Cependant, la prise en compte des cas d'urgence ainsi que le recours de certains malades à des prestataires non agréés ou exerçant dans des structures publiques de soins non conventionnées, a conduit les IPM à développer des itinéraires annexes à chacun des principaux itinéraires. La Figure 4. Ci-après présente ces itinéraires annexes.

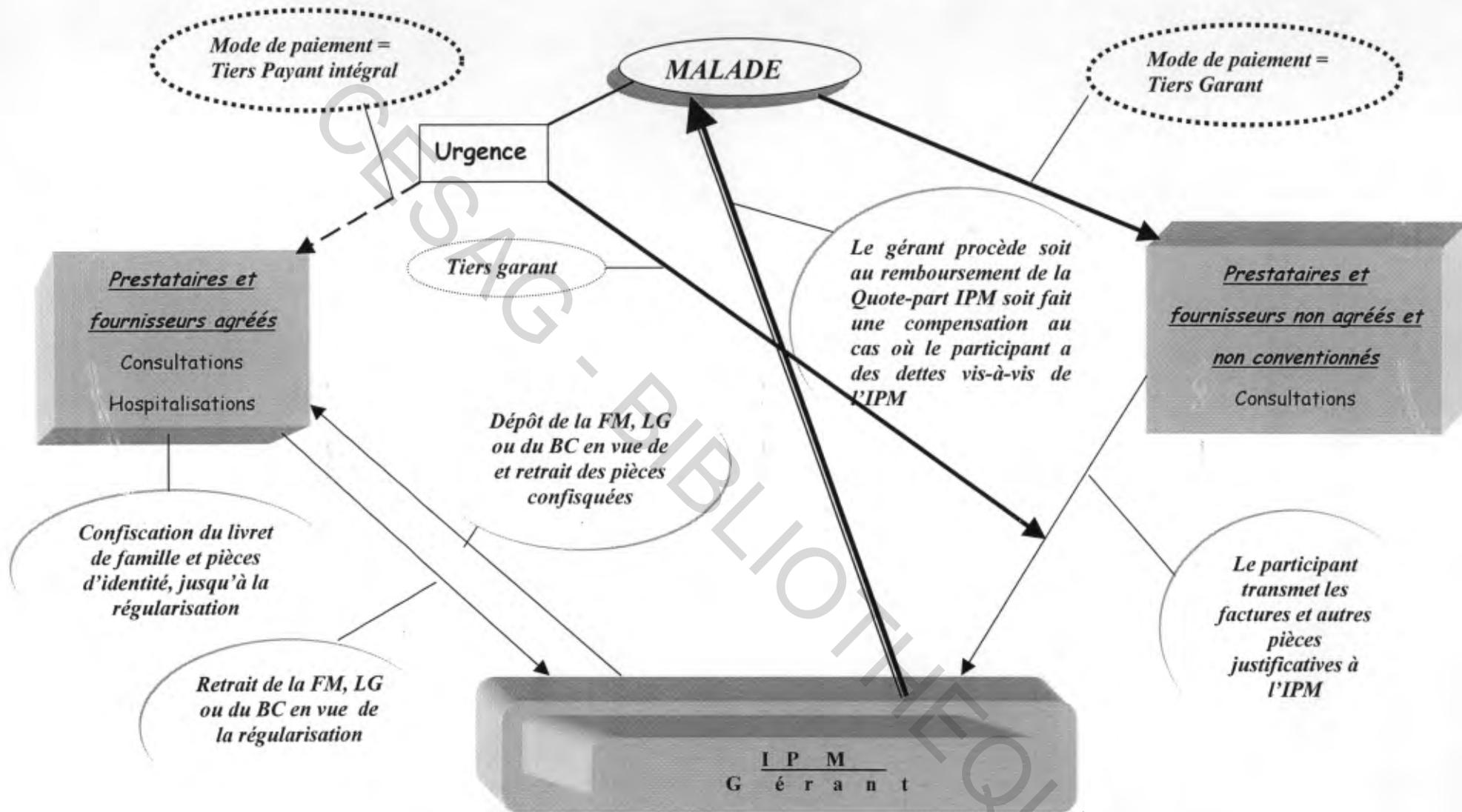


Figure 4 : Itinéraires thérapeutiques annexes

II.2-La viabilité administrative et de gestion des IPM

II.2.1-Présentation de l'échantillon d'IPM à l'étude

Les 13 IPM de notre échantillon présentent les caractéristiques générales suivantes :

Tableau 3: Caractéristiques Générales des IPM

IPM	Type	Âge	Nombre. d'adhérents	Nombre. de participants	Nombre total de bénéficiaires	Taille moyenne de la famille
SYPAOA	IPM-IE	22 ans	94	2 100	7 958	3,8
SENTENAC	IPM-IE	22 ans	22	1 114	5 808	5,2
BOKK	IPM-IE	20 ans	55	1 250	3 300	2,64
TRANSIT	IPM-IE	24 ans	16	1 369	4 791	3,5
FAGGARU	IPM-IE	1 an	21	200	400	2,00
SODIDA	IPM-IE	9 an	40	250	594	2,38
MBARUM	IPM-IE	19 an	70	1 800	5012	2,78
FAGGU	IPM-IE	22 ans	34	1 505	8008	5,32
POSTE	IPM-E	15 ans	1	1 450	6 000	4,10
SGBS	IPM-E	19 ans	1	397	1 499	3,80
MERIDIEN	IPM-E	7 ans	1	255	930	3,60
RTS	IPM-E	18 ans	1	571	3 586	6,28
SOFITEL	IPM-E	26ans	1	183	1 355	7,40
MOYENNE Ech. totale		17,23	27,46	957,23	3787,77	4,07
Moyenne Ech. IPM-IE		17,38	44	1198,5	4483,9	3,47
Moyenne Ech. IPM-E		17	1	571,2	2674	5,04

L'âge des IPM de l'échantillon est de 17 ans. L'IPM la plus jeune est FAGGARU avec 1 ans d'existence alors que SOFITEL (26 ans) est la plus ancienne.

Chaque IPM-E comprend en moyenne, 571 participants pour 2 674 bénéficiaires ; en d'autres termes, ces organisations assurent 571 familles de 5 membres en moyenne. Chacune des IPM-IE compte un nombre moyen de 44 entreprises adhérentes, assure 1 199 participants et fournit des prestations à 4 484 personnes, soit environ 3 personnes par famille prise en charge. Dans ensemble, chaque IPM de l'échantillon offre en moyenne, des prestations à 957 participants pour 3 788 bénéficiaires .

L'estimation de la population Dakaroise couverte par les IPM, donne les résultats suivants :

Tableau 4: Paramètres d'estimation de la couverture sociale au niveau régional

	Nombre. d'adhérents	Nombre. de participants	Nombre total de bénéficiaires	Taille moyenne de la famille
Moyenne Ech. totale d'IPM	27,46	957,23	3787,77	4,07
Ecart type Ech. totale d'IPM	30,14	675,03	2707,41	1,59
Ecart type population totale d'IPM	31,37	702,60	2817,97	1,66
Précision population d'IPM	18,96	424,61	1703,03	1,0

Ainsi, au seuil $\alpha = 5\%$ et pour un $ddl = n - 1 = 12$, les IPM de la région de Dakar assurent le risque maladie de 48 468 à 125 747 participants pour 2 499 \pm 774 employeurs et 189 711 à 499 663 bénéficiaires.

II.2.2-Le fonctionnement des IPM

Le modèle théorique a permis d'identifier les différents acteurs qui interviennent au niveau des IPM. Ces différents acteurs développent entre eux des relations particulières qui se définissent autour du besoin de répondre au principal objectif assigné à ces institutions, à savoir, la prise en charge partielle et durable des dépenses de maladies des participants et les membres de leurs familles

respectives. Les relations que les différents acteurs développent entre eux peuvent être schématisées ainsi :

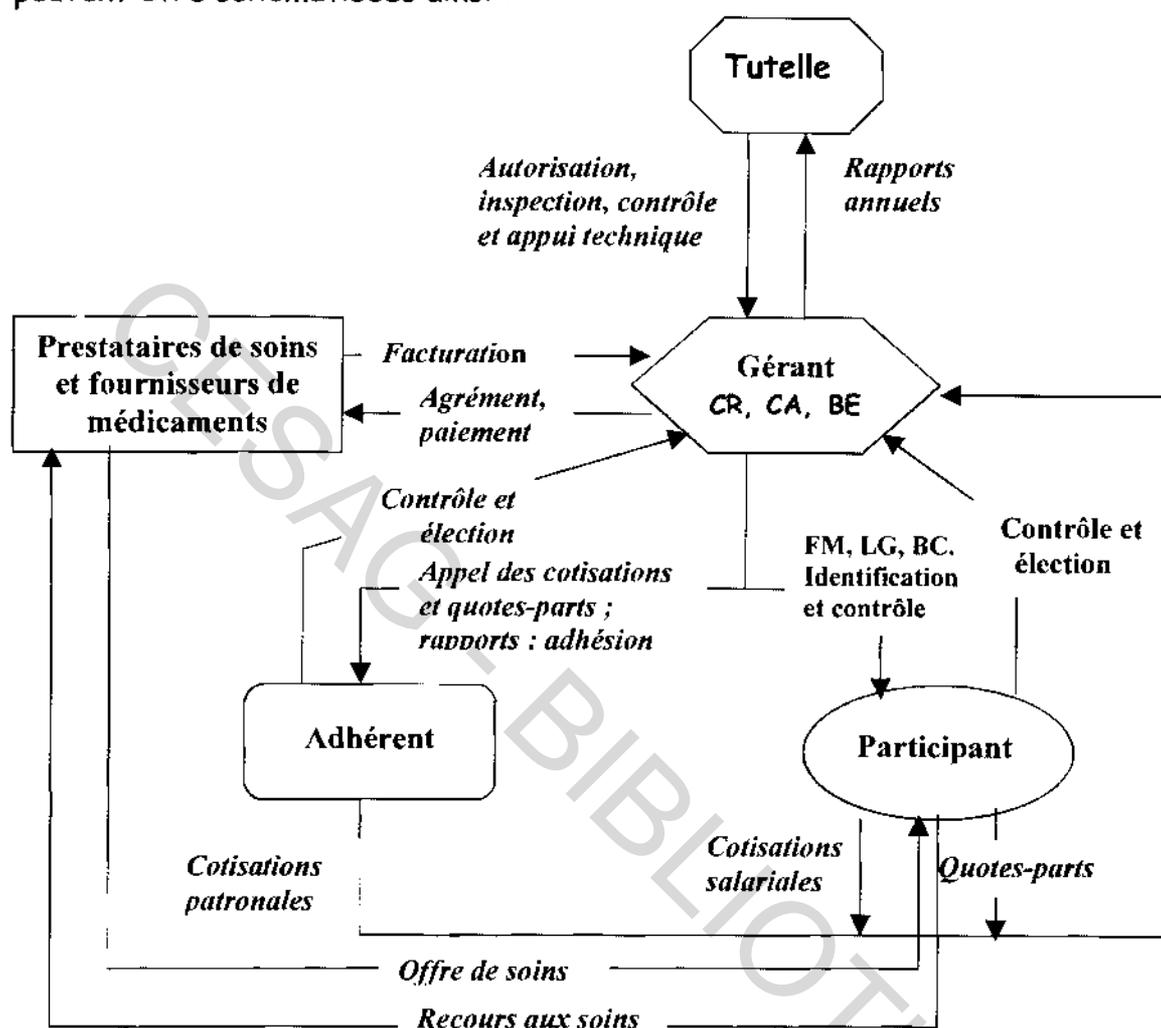


Figure 5: les relations fonctionnelles entre acteurs des IPM

a- L'offre et la demande de soins

Le Tableau 5 : présente les principales caractéristiques de l'offre et la demande de soins au niveau des IPM. Nous notons que 100% des IPM utilisent le mécanisme du tiers payant intégral pour la prise en charge au niveau des prestataires privés. Ce mécanisme consiste pour les prestataires, sur la base d'une convention liant les IPM au syndicat de la médecine privée et celui des pharmaciens, à procurer des soins ou des médicaments sans exiger immédiatement, une contre

partie financière aux malades. Les prestations sont facturées mensuellement à l'acte et adressée à l'IPM, qui dispose d'un délai de 60 jours - à compter de la date de réception de la facture - pour s'acquitter de la totalité du montant facturé. La facturation se fait sur la base de tarifs homologués à l'échelle nationale. Cependant, comme le montre le Tableau 5 : ce délai n'est pas toujours respecté, car seul l'IPM SENTENAC dont le DMpp (qui est le rapport de la dette vis-à-vis des prestataires sur le total des dépenses de santé) est égal à 50 jours honore ses factures à temps. Ainsi, les DMPP vont de 50 jours à 702 jours (POSTE). Ceci témoigne du fort niveau d'endettement de l'IPM de la POSTE.

La prestation de service est en général subordonnée à l'obtention d'un agrément bien que le syndicat des médecins souhaite que tout médecin désireux de fournir des services aux IPM doit être autorisé à le faire. 38,50% des IPM (n=13) mettent en œuvre cette résolution. L'octroi ou le refus de l'agrément à un prestataire est motivé par :

- ✓ la situation géographique du demandeur (la nouvelle structure qui doit être proche de l'IPM, de l'entreprise, des habitations de la majeure partie des membres ou dans un quartier nouvellement créé) ;
- ✓ la nature de l'offre, c'est-à-dire, disposer d'un plateau technique adéquat et appartenir à une spécialité non suffisamment pourvue ;
- ✓ l'engagement du pharmacien surtout, à lutter contre la fraude.

En ce qui concerne les pharmacies, leurs supposées implications dans les fraudes ont conduit les IPM à être plus exigeantes. Toutes les IPM délivrent l'agrément à un nombre limité de pharmaciens, car l'on estime qu'à la différence du médecin, il n'y a pas nécessité pour le patient de développer une relation particulière de confiance avec le pharmacien, ou d'exiger des compétences particulières étant entendu que ce sont les mêmes produits qu'elles servent toutes.

Tableau 5 : Mécanismes de prise en charge des prestations

IPM	Type de prestataires agréés ou Conventionnés	Existence d'un système de référence - recours	Utilisation d'une liste de médicaments essentiels	Mécanismes d'incitation à l'utilisation de l'offre publique	Modalités de prise en charge		Possibilité de substitution des ordonnances par les pharmaciens	Délai moyen de paiement des prestataires (en jours)
					Prestataires agréés	Prestataires public ou non agréés		
SYPAOA	Pharmacies, cabinets et cliniques privés	NON	NON	Prise en charge à 60%	Tiers payant intégral	Tiers garant	NON	124
SENTENAC	Pharmacies, hôpitaux et tout cabinet ou clinique demandeur.	NON	NON	Prise en charge à 100% des petits montants	tiers payant intégral	Tiers garant	NON	50
BOKK	Pharmacies et tout cabinet ou clinique demandeur	NON	NON	N'en existe pas	tiers payant intégral	Tiers garant	NON	247
TRANSIT	pharmacies, cabinets et cliniques privés	NON	NON	Prise en charge à 80% sauf les accouchements	tiers payant intégral	Tiers garant	NON	243
FAGGARU	Pharmacies, hôpitaux, centre de santé et tout cabinet ou clinique demandeur.	NON	NON	Dépôt de caution dans des poste de santé	tiers payant intégral	Tiers garant	NON	nd
POSTE	Pharmacies, hôpitaux, et 1 cabinet ou clinique dans chaque spécialité	NON	NON	N'en existe pas	Tiers payant intégral	Tiers garant	NON	702
SGBS	5 pharmacies et tout cabinet ou clinique demandeur.	NON	NON	Prise en charge à 100% des soins obtenu dans un centre de santé	Tiers payant intégral	Tiers garant	NON	230

Tableau 5 : Mécanismes de prise en charge des prestations (suite)

IPM	Type de prestataires agréés ou Conventionnés	Existence d'un système de référence - recours	Utilisation d'une liste de médicaments essentiels	Mécanismes d'incitation à l'utilisation de l'offre publique	Modalités de prise en charge		Possibilité de substitution des ordonnances par les pharmaciens	Délai moyen de paiement des prestataires (en jours)
					Prestataires agréés	Prestataires public ou non agréés		
MERIDIEN	1 hôpital, des pharmacies, cabinets et cliniques privés	NON	NON	N'en existe pas	Tiers payant intégral	Tiers garant	NON	88
RTS	Hôpitaux, centre de santé, laboratoires de l'université et quelques pharmacies, cabinets et cliniques.	OUI	OUI	Convention avec les laboratoires de l'université	Tiers payant intégral	Tiers garant	OUI	nd
SOFITEL	2 pharmacies, 7 cabinets et cliniques privés	NON	NON	N'en existe pas	Tiers payant intégral	Tiers garant	NON	nd
SODIDA	Pharmacies, cabinets et cliniques privés	NON	NON	N'en existe pas	Tiers payant intégral	Tiers garant	NON	nd
MBARUM	Pharmacies, cabinets et cliniques privés	NON	OUI	Les soins dans les structures publiques ne sont pas conseillés	Tiers payant intégral	Tiers garant	NON	nd
FAGGU	Pharmacies et tout cabinet ou clinique demandeur.	NON	NON	N'en existe pas	Tiers payant intégral	Tiers garant	NON	nd

En outre, l'on pense que plus le nombre de pharmacies agréées est réduit, mieux elles sont contrôlées par les gérants d'une part et d'autre part, plus grande sera leur chiffre d'affaires, et l'incitation à le préserver en accentuant le contrôle de la fraude est plus grande.

Seule l'IPM RTS autorise les pharmaciens à substituer certaines prescriptions par des médicaments génériques et/ou essentiels. Tout comme MBARUM, elle dispose d'ailleurs d'une liste de médicaments essentiels ; aussi toute prescription ne figurant pas sur cette liste est entièrement remboursée par le participant. En outre, RTS met en œuvre un référence obligatoire, consistant à la consultation préalable avant tout autre, d'un médecin engagé à cet effet.

Outre les prestataires privés - qui consomment la majeure partie des dépenses de santé des IPM - depuis peu, certaines IPM établissent des relations ou signent des conventions avec des prestataires publics qui acceptent les feuilles de maladies et lettres de garantie des IPM. Pour toutes les IPM, lorsque le patient recourt à un prestataire non agréé ou à une structure publique non conventionnée, il lui est appliqué le tiers garant. 6 IPM ont mis en place des mécanismes pour inciter leurs membres à utiliser l'offre publique de soins car les tarifs y sont nettement moindres. Ces mécanismes se présentent sous la forme :

- ✓ d'une réduction du ticket modérateur (SYPAOA, SENTENAC, TRANSIT, SGBS)
- ✓ Le dépôt de caution dans des structures de soins primaires où les tarifs sont nettement bas pour les non assurés que pour les assurés (FAGGARU et RTS).

MBARUM déconseille l'utilisation des structures publiques eu égard au bas niveau du plateau technique, aux fraudes qui s'y opèrent et de la méconnaissance de la liste de médicaments essentiels remboursables, ce qui amène les patients à supporter la plus grande part des ordonnances.

b- Les conditions d'adhésion et de prise en charge

Toutes les IPM-IE exigent des primes avant toute adhésion (cf. **annexe n°3**). Cette prime peut être soit un droit d'adhésion d'un montant fixe, soit l'équivalent de 2 à 3 fois la cotisation mensuelle, soit enfin, une combinaison des deux précédentes possibilités. Ainsi, toutes les IPM-IE conditionnent l'adhésion d'une nouvelle entreprise ou de nouveaux employés, au paiement préalable de 2 ou 3 mois de cotisations par employé. Selon que le temps d'observation est rigide ou non, ces cotisations peuvent être versées en une ou plusieurs mensualité (s). La quasi totalité des IPM-E n'imposent pas de conditions particulières au nouvel employé, seule SGBS exige le versement d'une prime d'adhésion.

En ce qui concerne la qualité des ayant droits, alors que l'âge limite officiel est de 18 ans pour les enfants, 12 IPM prennent en charge les enfants dont l'âge va au delà de la limite. La majeure partie des IPM assurent les enfants jusqu'à 22 ans car l'on estime qu'à cet âge l'enfant aurait terminé ses études secondaires et pourra bénéficier ultérieurement des œuvres sociales universitaires. D'ailleurs, MBARUM, qui limite officiellement ses prestations aux enfants de 18 ans révolus, n'est pas assez rigide pour ceux qui n'ont pas encore terminé leur scolarité.

Contrairement à la législation en vigueur, 2 IPM (RTS et MBARUM) permettent aux femmes mariées de faire bénéficier leurs époux, des services de l'assurance. 2 autres IPM (SGBS et FAGGARU) conditionnent ces services à la non participation de l'époux à une autre IPM.

Les taux de prise en charge varient d'une IPM à l'autre. Elles font toutes, des combinaisons de tickets modérateurs et de forfaits. Respectivement, SYPAOA et FAGGARU utilisent en plus, le plafonnement des prestations et des franchises

respectivement. Les IPM POSTE, TRANSIT, SYPAOA et MERIDIEN offre des taux plus élevés de prise en charge à leurs membres. Toutefois, contrairement aux dispositions légales, TRANSIT contribue à hauteur de 500 000 FCFA maximum pour les évacuations sanitaires hors du territoire national. De même, SGBS a pris en charge les frais d'un montant de 15 000 000 FCFA qu'a nécessité, l'évacuation sanitaire sur la France d'une participante.

C- Les risques identifiés et les techniques de leur gestion

Le Tableau 6 : ci dessous présente quelques techniques utilisées par les IPM pour gérer leurs risques :

Tableau 6 : Les mécanismes de gestion des risques.

Risques	Mécanismes de Gestion	Nbre d'IPM	(%)
RISQUE MORAL	Forfait	13	100
	Ticket modérateur	13	100
	Franchise	1	7,69
	Plafond des prestations	1	7,69
	Référence obligatoire	1	7,69
	Contrôle social	0	0
SELECTION ADVERSE	Période d'observation	9	69,23
SURPRESCRIPTION	Prescription de médicaments essentiels	2	15,38
	Médecin conseil	1	7,69

Des cas majeurs de risque moral liés à l'assurance complémentaire, ont d'abord été observé à SYPAOA et TRANSIT. Au niveau de SYPAOA, l'entreprise « Café de Rome », avait décidé de supporter le ticket modérateur (quote-part) de ses employés, à condition que les soins aient été reçus par le participant lui-même.

Ainsi, libérés de toute barrière financière, le montant de la consommation des employés a augmenté pour atteindre environ 4 fois le montant moyen de leurs consommations initiales. Le même mécanisme a été observé à TRANSIT, où la société SDV, soucieuse d'alléger le fardeau relatif aux quotes-parts, a décidé de prendre en charge, 80% du montant de la quote-part des cadres de la société. Mais l'effet contraire et pourtant prévisible s'est produit car l'on a observé que les dettes de ces cadres vis-à-vis de l'IPM croissaient continuellement. Ainsi, les 5,41% de cadres que compte l'IPM - et qui ne supportent que 20% de leurs quotes-parts - doivent 14% de l'ensemble des créances relatives aux quotes-parts.

Ensuite, il faut noter également que à FAGGU, BOKK et TRANSIT, certaines entreprises offrent des polices d'assurances complémentaires à leurs cadres, et qui consiste à la prise en charge de leurs quotes-parts par ces assurances complémentaires. Là également, l'on a observé que la fréquence du recours aux soins avait exagérément augmentée, avec une préférence pour les structures hospitalières les plus luxueuses et plus coûteuses.

Par la mise en place d'un temps d'observation, toutes les IPM-IE expriment ainsi leur volonté de lutter contre l'une des formes de la sélection adverse. En réalité, pour les IPM-IE, cette période d'observation qui est de 2 mois ou 3 mois, peut être obligatoire ou non. En effet lorsqu'elle n'est pas rigide, la possibilité est donnée au candidat de payer en une seule tranche le montant total des cotisations mensuelles demandées puis de bénéficier immédiatement des prestations offertes par l'IPM. C'est le cas dans 6 des IPM-IE sur les 8 que compte l'échantillon ; seules TRANSIT et FAGGU exigent, avant de commencer à bénéficier de ces prestations, le respect du temps d'observation quand bien même le candidat déciderait de verser les cotisations requises en une seule tranche. Parmi les IPM-E, seule MERIDIEN a instauré un délai d'observation. Une seule IPM (RTS)

a loué les services d'un médecin conseil, mais le contrat a été rompu avant la fin de l'exercice eu égard au coût élevé de ses honoraires.

En ce qui concerne la fraude, les principaux types rencontrés sont :

- ↪ *Faire bénéficier les services de l'IPM par des personnes n'ayant pas ou plus droit ; il s'agit dans ce cas, soit de continuer à faire bénéficier les enfants ayant dépassé l'âge limite ou les femmes divorcées, soit de faire une substitution de malades ou d'ordonnances. Ainsi par exemple, les ordonnances présentées ne correspondent pas à la maladie déclarée ou les médicaments y figurant sont d'usage féminin alors qu'elles portent le nom d'un homme ;*
- ↪ *Présentation de factures pour des soins fictifs ou déclaration de maladies fictives, avec ou sans la complicité de praticiens ou de pharmaciens, afin de se faire servir des médicaments qui seront vendus sur le marché informel ;*
- ↪ *certaines agents d'exploitation (ou répartiteur) en complicité avec les participants, diminuent la quote-part à payer au détriment de l'IPM qui ne peut ainsi, recouvrer la totalité de ses créances ;*
- ↪ *-Complicité entre patient et praticien qui mentionne un faux diagnostic afin de faire supporter à l'IPM, des prestations non couvertes normalement. L'IPM SGBS a dû traduire devant les juridictions compétentes, deux médecins ayant déclaré avoir effectué respectivement des analyses et un K 40 en lieu et place d'un DIU et d'une interruption volontaire de grossesse non pris en charge.*
- ↪ *Détournements de fonds par des gérants, mais ceci n'a été constaté que pour les exercices précédents et pour des gérants n'étant plus en fonction.*

Pour le contrôle de la fraude, toutes les IPM procèdent d'une part, à l'identification -par le biais d'un livret de santé - du participant et de ses ayants droits et à un contrôle intuitif et/ou rétrospectif d'autre part. Outre les activités de sensibilisation, certaines IPM mettent en place des dispositions particulières

suivantes :

- ↪ Les médicaments ne sont livrés au participant que sur présentation d'une ordonnance portant le cachet de l'IPM ;
- ↪ Le recours aux services de commissaires aux comptes externes (cabinet conseil)
- ↪ L'élection de commissaires aux comptes parmi les membres (adhérents et participants) ;
- ↪ Faire cosigner les bons de commande, lettres de garantie et feuilles de maladies par les chefs des personnels des entreprises adhérentes (FAGGARU) ;
- ↪ Prise en charge des soins des parents et enfants de plus de 21 ans d'un participant, qui rembourse ultérieurement à 100%, le montant des frais ;
- ↪ Visite inopinée au malades hospitalisés par le gérant ;
- ↪ Retarder le paiement d'une facture douteuse afin de décourager le prestataire indélicat (SOFITEL) ;
- ↪ Avertissement ou suspension voire la radiation du participant, qui rembourse à 100% de la facture ;
- ↪ Retrait de l'agrément au prestataire complice ;

L'IPM RTS a réussi à contenir la fraude grâce à l'obligation faite aux patients de consulter le médecin d'entreprise (qui d'ailleurs connaît à présent tous les membres), à l'instauration d'une liste de médicaments essentiels et à la mise en place d'un système d'évaluation annuelle des prestataires dont le souci d'obtenir le renouvellement de leur agrément les obligent à surveiller leurs prescriptions.

d- Le recouvrement des recettes et la gestion administrative.

Toutes les IPM ont instauré des taux et mode de cotisations qui diffèrent de ceux recommandés par la loi (Tableau 7). Pour le recouvrement des cotisations le gérant fait parvenir à chaque entreprise, au plus tard le 25^{ème} jour du mois, l'état

des cotisations dues par elle et ses employés. L'adhérent précompte les cotisations salariales, y ajoute les siennes, puis les reverse au plus tard le 15^{ème} jour du mois suivant la facturation. Dans toutes les IPM à l'étude, l'adhérent cotise une somme identique au montant total des cotisations salariales. Pour 50% des IPM-IE, les cotisations sont irrégulières contrairement aux IPM-E qui perçoivent toutes, les cotisations à temps. Les IPM-IE, qui perçoivent régulièrement leurs cotisations, sont celles qui suspendent immédiatement leurs prestations aux employés des entreprises n'ayant pas versé les cotisations à temps.

Après la réception des factures des consommations médicales et pharmaceutiques mensuelles, le gérant de l'IPM procède au décompte et comptabilise pour chaque participant, les frais destinés à l'assurance et ceux qui lui incombent, et ce, sur la base du taux de prise en charge de l'acte considéré. Les actes ou médicaments non autorisés font l'objet d'un remboursement à 100%. Le recouvrement des quotes-parts fait généralement intervenir deux mécanismes :

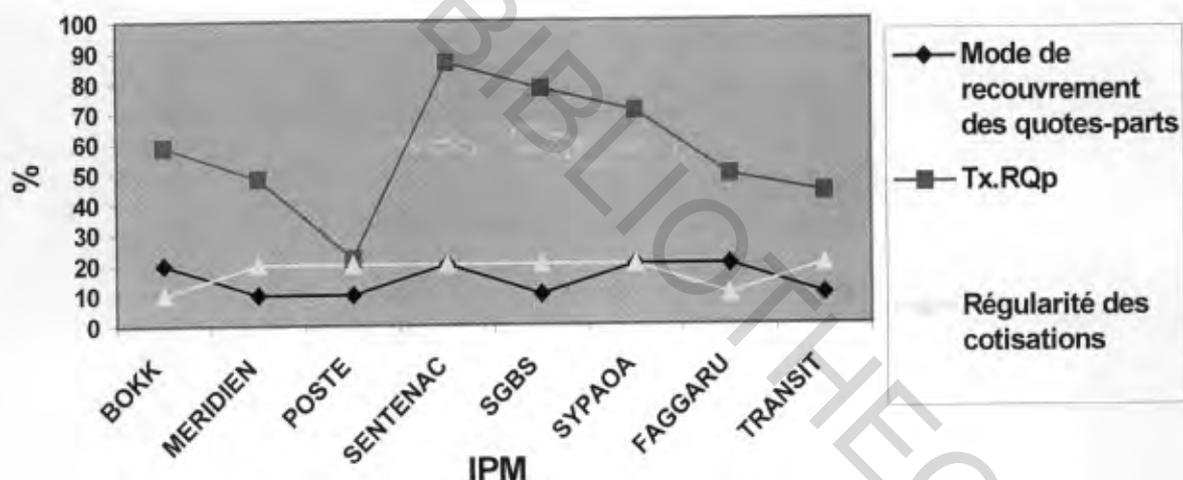
- i. Le premier mécanisme consiste pour l'IPM, à faire un échéancier de remboursement de la quote-part. Souvent le remboursement peut s'échelonner sur plusieurs mois ou années. Le taux de remboursement mensuel de la quote-part est fonction du salaire, du niveau d'endettement, et se fait soit suivant un barème préalablement établi soit à l'appréciation du gérant. Ce type de recouvrement est celui mis en place par 100% des IPM-E et seulement 2 des IPM-IE,
- ii. Le second mécanisme, mis en œuvre par 75% des IPM-IE fait obligation à l'employeur de précompter la totalité des quotes-parts et de reverser à l'IPM, en même temps que les cotisations mensuelles. Souvent, compte tenu du montant du salaire et du niveau d'endettement du participant, l'employeur s'acquitte de la quote-part de son employé, puis se fait rembourser ultérieurement suivant des modalités de paiement.

Dans l'un ou l'autre de ces deux cas, les quotes-parts des personnes décédées et allant à la retraite, sont respectivement payées par l'employeur et déduite de leur indemnités.

Le Graphique n°1 pour laquelle la codification suivant a été utilisée :

- Cotisations { Régulières : 20
Irrégulières : 10
- Mode de recouvrement des quotes-parts { Pas d'échéancier : 20
Par échéancier : 10

Graphique n°1: Evolution du Taux de recouvrement des quotes-parts (Tx.RQp)



montre que les IPM qui perçoivent régulièrement les cotisations des membres et ne font pas de facilités de paiement, ont des meilleurs taux de recouvrement des quotes-parts ($TxRQp$), comme c'est le cas de SENTENAC ($TxRQp=86.33\%$) et SYPAOA ($TxRQp=77.67\%$). Mais, le taux de recouvrement prend de faibles valeurs lorsque les cotisations sont irrégulières, même si l'IPM n'accorde pas d'échéances de remboursement (BOKK et FAGGARU avec des $TxRQp$ respectifs égal à 58.84% et 49.30%) d'une part et d'autre part, lorsque l'IPM accorde des

modalités de remboursement, quand bien même elles versées régulièrement. Seule SGBS présente un $TxRQp$ élevé alors qu'elle accorde des facilités de remboursement des quotes-parts.

A l'exception de RTS dont le ratio de frais de fonctionnement (RFF) est égal à 26.62%, les IPM-E consacrent moins de ressources aux frais de fonctionnement et la moyenne à ce niveau se situe à 13.82%, avec un taux remarquable de 0% de frais de fonctionnement pour SGBS. Quant aux IPM-IE, la moyenne de leurs ratios de frais de fonctionnement est de 19.85% de l'ensemble de leurs ressources.

Le tableau 7 ci dessous, indique également que toutes les IPM-IE ne bénéficient pas de subventions tandis que 80% des IPM-E perçoivent des subventions en plus des services gratuits dont elles bénéficient toutes.

Pour l'exercice 1999, exceptionnellement, 92,31% des gérants ont bénéficié d'au moins une session de formation offerte par le PHR. Ces formations ont porté sur la gestion technique des IPM et la création de l'Union Technique des IPM du Sénégal. Cependant environ 70% des IPM ignorent les possibilités d'appui techniques que peut offrir la CAMICS.

Tableau 7 : Quelques caractéristiques gestionnaires.

	Mode de détermination des cotisations mensuelles	Régularité des cotisations	Nombre d'employés rémunérés par l'IPM	Nombre d'employés non rémunérés par l'IPM	Mode de recouvrement des quotes-parts	Montant de la subvention reçue (en F.CFA)	Ratio de frais de fonctionnement (%)	Taux de recouvrement des quotes-parts (%)
BOKK	2*4% du salaire plafonné à 125 000 F	NON	4	0	Pas d'échéancier	0	17,86	58,84
MERIDIEN	2*4% du salaire plafonné à 120 000 F	OUI	1	0	Echéancier	0	16,90	48,12
POSTE	Varie selon le grade, entre 2*4 000 F et 2*6 000 F	OUI	2	3	Echéancier	1 840 410	11,76	21,91
RTS	2*6% du salaire plafonné à 60 000 F	OUI	4	0	Echéancier	1 000 000	26,62	nd
SENTENAC	2*5% du salaire plafonné à 100 000 F	OUI	4	0	Pas d'échéancier	0	24,32	86,33
SGBS	Prime fixe de 2*3 600 F	OUI	0	2	Echéancier	2 500 000	0	77,67
SYPAOA	Prime fixe de 2*3 300 F	OUI	7	0	Pas d'échéancier	0	19,28	70,53

Tableau 7 : Quelques caractéristiques gestionnaires.(suite)

	Mode de détermination des cotisations mensuelles	Régularité des cotisations	Nombre d'employés rémunérés par l'IPM	Nombre d'employés non rémunérés par l'IPM	Mode de recouvrement des quotes-parts	Montant de la subvention reçue (en F.CFA)	Ratio de frais de fonctionnement (%)	Taux de recouvrement des quotes-parts (%)
<i>FAGGARU</i>	Prime fixe de 2*3 000 F	NON	2	0	Pas d'échéancier	0	20,83	49,30
<i>TRANSIT</i>	2*4% du salaire plafonné à 240 000 F	OUI	7	0	Echéancier	0	18,96	43,32
<i>FAGGU</i>	2*4% du salaire plafonné à 128 000 F	NON	5	0	Echéancier	0	nd	nd
<i>SODIDA</i>	Prime fixe de 2*3 300 F	OUI	2	0	Pas d'échéancier	0	nd	nd
<i>MBARUM</i>	2*3% du salaire plafonné à 150 000 F avec un plancher de 2*4 000 F	NON	6	0	Pas d'échéancier	0	nd	nd
<i>SOFITEL</i>	Prime fixe de 2*5 000 F	OUI	0	1	Echéancier	nd (journées de solidarité)	nd	nd

II.3-La viabilité institutionnelle

La viabilité institutionnelle des IPM réfère aussi à leur capacité à mettre en place, un ensemble d'instruments ou de textes pouvant régir leurs activités et régir les comportements des différents acteurs. La loi n°75-50 du 3 Avril 1975, le décret n° 75-895 du 14 Août 1975 ainsi que les arrêtés interministériels n° 9174/MFPTE/DTESS et 9176/MFPTE/DTESS du 31 Juillet 1976 sont les instruments officiels devant en principe régir le cadre de fonctionnement des IPM. Cependant, à la pratique, de nombreuses dispositions font l'objet de violations, sous le regard indifférent des autorités compétentes.

En effet, si toutes les IPM déclarent avoir obtenu leur agrément, reconnaissent-elles également, que contrairement aux dispositions de l'article 41 du décret n° 75-895, leurs rapports et bilans ne sont pas envoyés régulièrement à l'autorité ; d'ailleurs cette disposition n'est pas sentie comme une obligation. En outre, elles déclarent ne pas subir d'inspections comme l'article 42 du même décret en donne la possibilité à l'autorité. Plusieurs autres pratiques vont à l'encontre des dispositions légales, notamment :

- i. Seulement 15,38% des IPM tiennent 2 Assemblées Générales (AG) par an conformément aux textes. 69,23% des IPM tiennent 1 AG par an et 15,38% (SOFITEL notamment) en font rarement, seulement quand c'est nécessaire ;
- ii. Parmi les IPM-IE, 6 d'entre elles (n = 8) comptent des entreprises de plus de 100 employés ; TRANSIT par exemple compte une entreprise de 752 participants, qui selon les textes devrait pouvoir constituer une IPM-E ;
- iii. 4 IPM enregistrent la présence de plus de 75% des membres attendus et les 9 autres atteignent rarement le quorum, aussi, pour ces institutions, l'AG se tient après une nouvelle convocation et délibère en présence 30% à 60% des

membres attendus :

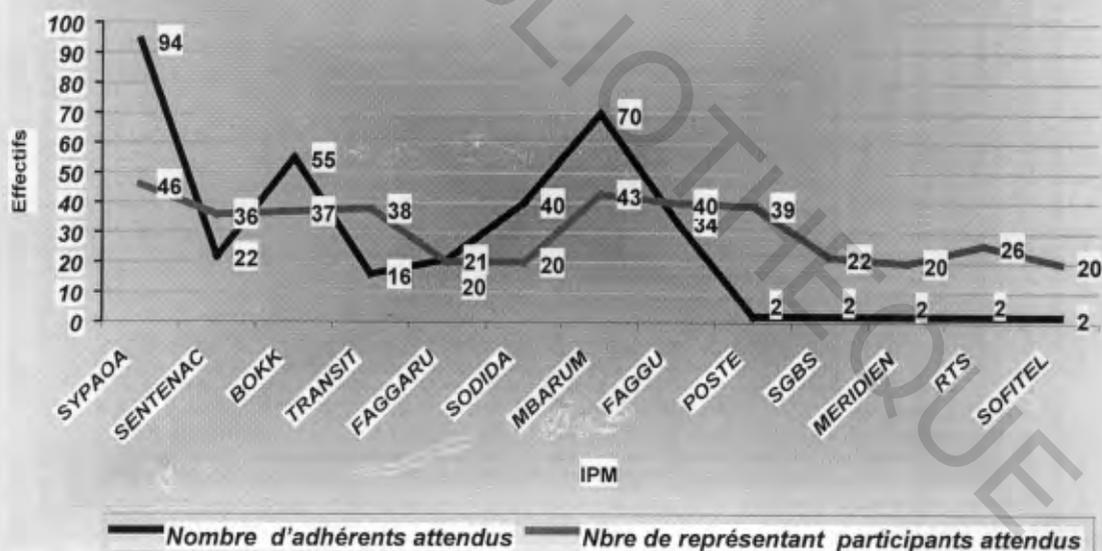
- iv. pour 84,62% des entités étudiées, le Collège des Représentants ne fonctionnent quasiment pas et ses réunions sont assimilés à l'AG de tous les membres. En outre, la composition des CR n'obéit pas aux dispositions en vigueur (cf. annexe n°1), et pour toutes les IPM-IE, le CR est formé d'un représentant - adhérent et un représentant - participant par entreprise. En ce qui concerne les IPM-E, leur CR, lorsqu'il existe, est formé des délégués des différentes agences ou représentations de l'entreprise (SGBS et POSTE). Aussi, aucune IPM n'élit-elle, des représentants suppléants ;
- v. L'IPM SODIDA a regroupé son Conseil d'Administration (CA) et son Bureau Exécutif (BE) en une seule entité afin d'alléger l'organigramme de la structure. De même, l'organigramme de SOFITEL ne comporte qu'une seule instance appelée « Collège des délégués » dont le trésorier est le gérant de l'IPM.

Contrairement à son objectif, la mise en application de l'article 15 du décret n° 75-895 aurait constitué pour certaines structures, un frein à la participation effective des participants à leur gestion. En effet, le graphique n°2 montre bien que pour chaque IPM, lorsqu'à partir du nombre actuel de participants et d'adhérents, on estime le nombre respectif de représentants des adhérents et participants devant composer le collège des représentants - selon la méthode légale- 5 des 8 IPM-IE, soit 62,50% des IPM interentreprises auraient eu leur CR constitué en majorité de représentants adhérents. Pour SYPAOA, le ratio aurait été de 94 adhérents pour 46 Participants. Seules les IPM-E auraient eu toutes, un CR formé à grande majorité de participants.

- vi. Aucune IPM ne met en œuvre les pénalités de retard dans le paiement des cotisations ;

vii. Toutes les IPM ont adopté un taux de cotisations mensuelles différent et supérieur au taux légal qui est de « 6% du salaire plafonné à 60 000 FCFA ». a ce niveau l'annexe n°8 montre que si toutes les IPM appliquaient le taux maximum de cotisation légal (3 600 F.CFA), elles seraient toutes déficitaires, et le manque à gagner varierait entre 3 360 000 F.CFA (FAGGARU) et 195 633 227 F.CFA (TRANSIT). En d'autres termes, ces cotisations n'auraient pu couvrir que 21,64% et 23,21% des charges de SGBS et TRANSIT respectivement. En outre, comme l'indique les ratios de sinistralité, pour 80% (n = 10) des IPM, ces cotisations n'auraient pas suffi à couvrir les charges en prestations.

Graphique n°2: Distribution du nombre de représentant participants et adhérents attendus par IPM



II.4-La viabilité financière et économique des IPM

II.4.1-Contribution des IPM aux financement de la santé

La pérennité des IPM est également jugée à partir de leur capacité à mobiliser des ressources suffisantes pour prendre surtout en charge, le préjudice financier causé par la réalisation, chez un membre, du risque maladie. Le **tableau 8** présente la contribution de 10 IPM au financement de la santé. Il y apparaît, que ces 10 IPM ont consacré en 1999, 884 215 486 FCFA de leurs revenus au financement de la santé, soit en moyenne, 88 421 549 FCFA mobilisé par IPM. En plus, la somme des ticket modérateurs ou quotes-parts déboursées par les participants s'élève à 715 934 111 FCFA. Ces IPM ont ainsi contribué à mobiliser, pour le compte du secteur de la santé, environ 1 600 149 597 FCFA.

Lorsque ces résultats sont extrapolés à toute la population d'IPM de la région de Dakar, les résultats suivants sont obtenus pour $\alpha = 10\%$, soit à une confiance $\beta = 1 - \alpha = 1 - 0,10 = 90\%$ et pour $ddl = 10 - 1 = 9$:

- ✓ L'ensemble des 91 IPM contribuent à hauteur de 8 046 360 959 FCFA \pm 4 159 558 767 FCFA au financement de la santé ;
- ✓ La contribution totale des participants au titre des quotes-parts est de 6 515 000 401 FCFA \pm 2 674 852 089 FCFA ;
- ✓ L'ensemble du financement ainsi mobilisé par les IPM de Dakar, varie entre 8 131 060 392 FCFA et 20 991 662 328 FCFA.

Tableau 8 : Contribution des IPM au financement du secteur de la santé

IPM	<i>Financement mobilisé pour la santé</i>			Consommation médicale moyenne par Participant (FCFA)	Consommation médicale moyenne par Bénéficiaire (FCFA)
	Quote-part IPM (FCFA)	Quote-part Participant (FCFA)	TOTAL (FCFA)		
SYPAOA	115 126 659	130 068 725	245 195 384	116 760	30 811
SENTENAC	66 228 256	101 167 626	167 395 882	150 266	28 822
BOKK	69 836 217	48 975 122	118 811 339	95 049	36 003
TRANSIT	265 944 989	136 231 309	402 176 298	293 774	83 944
FAGGARU	9 000 000	7 000 000	16 000 000	80 000	40 000
SODIDA	Nd		Nd	Nd	Nd
MBARUM	112 334 451	103 000 549	215 335 000	119 631	42 964
FAGGU	nd	nd	Nd	Nd	Nd
POSTE	124 235 946	49 597 446	173 833 392	119 885	28 972
SGBS	79 247 834	100 198 915	179 446 749	452 007	119 711
MERIDIEN	22 053 788	15 999 513	38 053 301	149 229	40 918
RTS	20 207 346	23 694 906	43 902 252	76 887	12 243
SOFITEL	Nd	nd	Nd	Nd	Nd
TOTAL	884 215 486	715 934 111	1 600 149 597		
MOYENNE	88 421 549	71 593 411	160 014 960	165 349	46 439
Ecart type Ech	74 810 862	48 107 985	115 650 816		
Ecart type Pop	78857573	50710269	121908664		
Précision	45709437	29393979	70662648		

Tout ce financement est en grande partie destiné au secteur privé de la santé comme en témoignent les résultats suivants :

- i. Les IPM SENTENAC, MERIDIEN, RTS, SYPAOA et SGBS ont consacré respectivement 60,05% ; 47% ; 61,01% ; 49,92% et 46,84% de leurs dépenses de santé aux médicaments fournis par les pharmaciens privés ;
- ii. 97,7% de l'ensemble des 167 395 882 FCFA mobilisés par SENTENAC pour financer les dépenses de santé de ses assurés ont été versés à des prestataires privés. Le secteur public n'a obtenu que 3 893 360 FCFA, soit 2,33% de ce financement.

La consommation médicale moyenne par bénéficiaire varie entre 12 243 FCFA (RTS) et 119 711 FCFA (SGBS) avec une moyenne de 46 439 FCFA.

II.4.2-Evaluation de la performance financière et économique des IPM

Les indicateurs de performance financières des IPM pour lesquelles, les données étaient disponibles, sont présentés dans le **tableau 9** ci - après. Les données ayant servi de base de calcul sont également présentés à l'**annexe n° 3**

a- Le ratio de liquidité immédiate (*R.Liq*)

Ce ratio qui nous renseigne sur la capacité des fonds immédiatement disponibles dans les comptes bancaires de l'IPM, à couvrir ses dettes à court - terme. Deux IPM (SENTENAC, MERIDIEN) soit 28,57% (n=7) ont leur ratio de liquidité (*R.Liq*) supérieur à 1 et peuvent ainsi, faire immédiatement face à leurs engagements allant de 1 à 3 mois.

b- Le ratio de solvabilité ou ratio de capitaux propres (*R.Solv*)

L'IPM la plus crédible du point de la solvabilité est MERIDIEN, dont le *R.Solv* vaut 6,35 ; elle est, avec SENTENAC, SYPAOA et SGBS capable d'honorer ses l'ensemble de ses dettes sans recourir à un emprunt. POSTE est quant à elle, largement déficitaire et fortement endettée.

c- Le ratio de couverture des dépenses ou taux de réserves(*RCDép*)

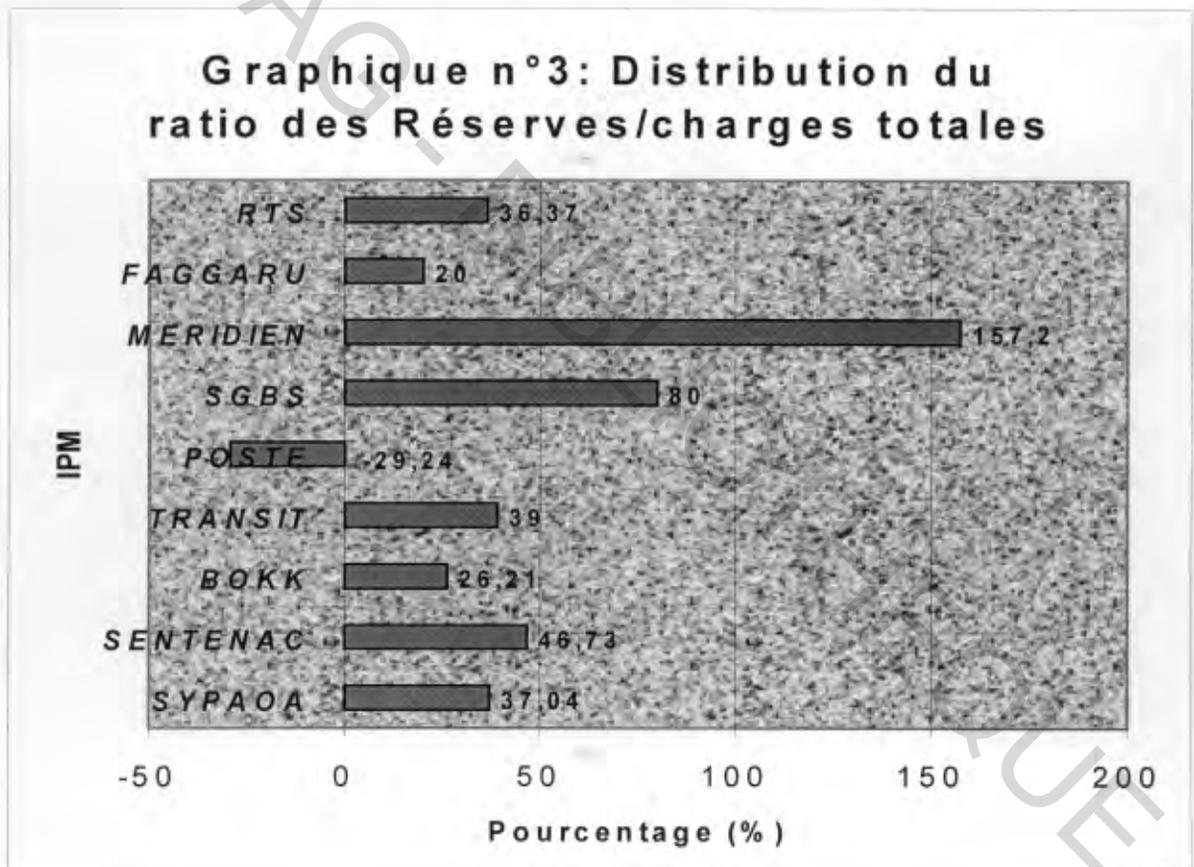
Ce ratio nous permet de savoir le nombre de mois de dépenses en prestations que les réserves de l'IPM peuvent couvrir. A l'exception de POSTE dont le *RCDép* est inférieur à 0, les IPM à l'étude couvrent entre 3,2 et 22,74 mois de dépenses de santé, assurant ainsi, une sécurité raisonnable au système d'assurance c'est-à-dire, aptes à faire face à des dépenses inattendues en cas d'épidémies par exemple.

Tableau 9 : Les indicateurs de viabilité financière et économique des IPM

MATRICE DES INDICATEURS DE VIABILITE FINANCIERE ET ECONOMIQUE

Indicateurs	Institutions de Prévoyance Maladies									
	SYPAAO	SENTENAC	BOKK	TRANSIT	POSTE	SCBS	MERIDIEN	FAGGARU	RTS	MBARUM
R.Liq	0,55	2,48	0,06	0,25	0,09	0,35	3,86	nd	nd	nd
R.Solv	1,32	4,52	0,49	0,73	-0,16	1,27	6,35	nd	nd	nd
RCDép (mois)	5,57	7,91	3,97	5,84	-4,13	9,6	22,74	3,2	6,94	nd
REq.G	1,01	1,11	1,08	1,01	1,1	0,84	1,03	1,2	1,36	1,12
RS (%)	81,04	67,25	75,07	79,78	80,1	118,76	82,12	62,5	46,1	78,55
RA (F.CFA)	5 457 768	6 966 880	5 762 390	11 170 962	10 848 670	-7 886 968	264 331	2 400 000	12 691 745	9 254 715
CCv (F.CFA)	0	1 200 000	0	0	12 824 450	6 155 000	1 160 000	0	3 402 000	0
RE (FCFA)	5 457 768	5 766 880	5 762 390	11 170 962	-1 975 780	-14 041 968	-895 669	2 400 000	9 289 745	9 254 715
Tx.FP	1,04	1,06	1,09	1,04	0,98	0,81	0,97	1,2	1,23	1,07
RC&Ag	0,99	1,04	1,05	1,01	0,98	0,78	0,97	1,2	1,23	1,05

Puisque la législation préconise que les réserves ne doivent pas excéder 100% des charges de l'exercice, nous avons déterminé pour chaque IPM, le ratio des réserves sur charges totales. Le graphique n°3 ci-après, présente la distribution de ce ratio dans l'échantillon à l'étude. Il apparaît que seule l'IPM MERIDIEN dispose de réserves supérieures aux charges de l'exercice écoulée. Cette IPM « thésaurise » ses ressources et devrait normalement procéder soit à la diminution du taux de cotisations, soit au relèvement de ses taux de prise afin d'induire une réduction du ticket modérateur.



d- Le ratio d'équilibre général (REq.G)

Pour l'exercice 1999, 90% (n = 10) des IPM sont parvenus à couvrir leurs charges ; montrant ainsi que les cotisations sont suffisantes pour couvrir les charges. Seule SGBS n'a pu couvrir que 84% de ses charges.

e- Le ratio de sinistralité (RS)

Les IPM ont effectivement consacrées, entre 46,1% (RTS) et 118,76% (SGBS) - avec une moyenne de 77,13% - de leurs ressources au financement de la consommation médicale de leurs membres.

f- Le résultat économique (RE) et le taux de financement propre (Tx.FP)

Pour la détermination du résultat économique et du taux de financement propre, nous procédés à la valorisation des coûts cachés c'est-à-dire, à l'estimation des coûts d'activités ou services qui ont été fournis gratuitement à chaque IPM. La nature et la valeur des éléments considérés sont mentionnées à l'annexe n°5.

Le tableau 9 révèle également que toutes les IPM-E bénéficient de services gratuits, et du point de vue économique, 75% (n = 4) d'entre elles sont déficitaires. Parmi les IPM-IE, qui affichent toutes des excédents au niveau de leurs résultats économiques, seul SENTENAC bénéficie de services gratuits.

Les Taux de financement propre, qui indiquent la proportion des charges (coûts cachés compris) couverte par les ressources propres de l'IPM, suivent rigoureusement la même tendance que les résultats économiques c'est-à-dire, 100% des IPM-IE arrivent à couvrir l'ensemble de leurs charges par leurs propres ressources, alors que seulement une IPM-E (RTS) y arrive.

g- Le ratio des cotisations acquises sur charges et coûts cachés (RCoAq)

Ce dernier ratio de viabilité économique, permet de déterminer la proportion des charges y compris les coûts cachés que nous avons valorisés, qui pourrait être couverte par les cotisations acquises au cours de l'exercice. Une seule des IPM-E arrive à couvrir l'ensemble de ses charges et ses coûts cachés par les cotisations acquises. A l'opposé, une seule IPM-IE (SYPAOA) n'est pas parvenue à obtenir un $RcoAq \geq 1$.

II.5-L'Analyse en Composantes Principales (ACP)

Aux fins de l'analyse des liens entre les différentes variables à l'étude, nous avons eu recours à la méthode de l'Analyse en Composantes Principales ; au moyen de la procédure FACTOR du logiciel SPSS.

Les indicateurs retenus pour l'analyse sont :

- DMPP** : Délai Moyen de Paiement des Prestataires
- CCV** : Coûts Cachés Valorisés
- INCI.PUB** : Existence d'un mécanisme d'incitation à l'utilisation de l'offre publique de soins
- M.RÉC.QP** : Mode de recouvrement des Quotes-parts
- NB.ADHÉR** : Nombre d'adhérents
- NB.AG.AN** : Nombre d'AG tenues par an
- PRIM.ADH** : Montant de la prime d'adhésion
- R.CDÉP** : Ratio de couverture des dépenses
- R.COAQ** : Ratio des cotisations acquises sur charges et coûts cachés
- R.S** : Ratio de sinistralité
- RÉGU.COT** : Régularité des cotisations
- RE** : Résultat Economique
- SUBV** : Montant de la subvention
- RFF** : Ratio des Frais de Fonctionnement:
- TX.RQP** : Taux de recouvrement des Quotes-Parts
- TX.FP** : Taux de Financement Propre
- TX.P.AG** : Taux de Participants aux AG

L'ACP n'utilisant que des données quantitatives, certaines variables qualitatives ont dues être codées pour les besoins de l'analyse ; ces variables et le codage effectué se présentent comme suit :

tableau 10 : Le codage des variables qualitatives

	RÉGU.COT	INCI.PUB	TX.P.AG	M.RÉC.QP
Modalités	Oui = 1	Oui = 1	Inférieur à 75% = 0	Avec échéancier = 1
	Non = 0	Non = 0	Supérieur à 75% = 1	Sans échéancier = 0

L'analyse sera fait à partir du premier plan factoriel ; les résultats qui en découleront sont pertinents car, comme l'indique le tableau 11, les deux premier axes expliquent près de 69% de la variance totale.

Tableau 11 : La proportion de la variance totale expliquée par les axes factoriels

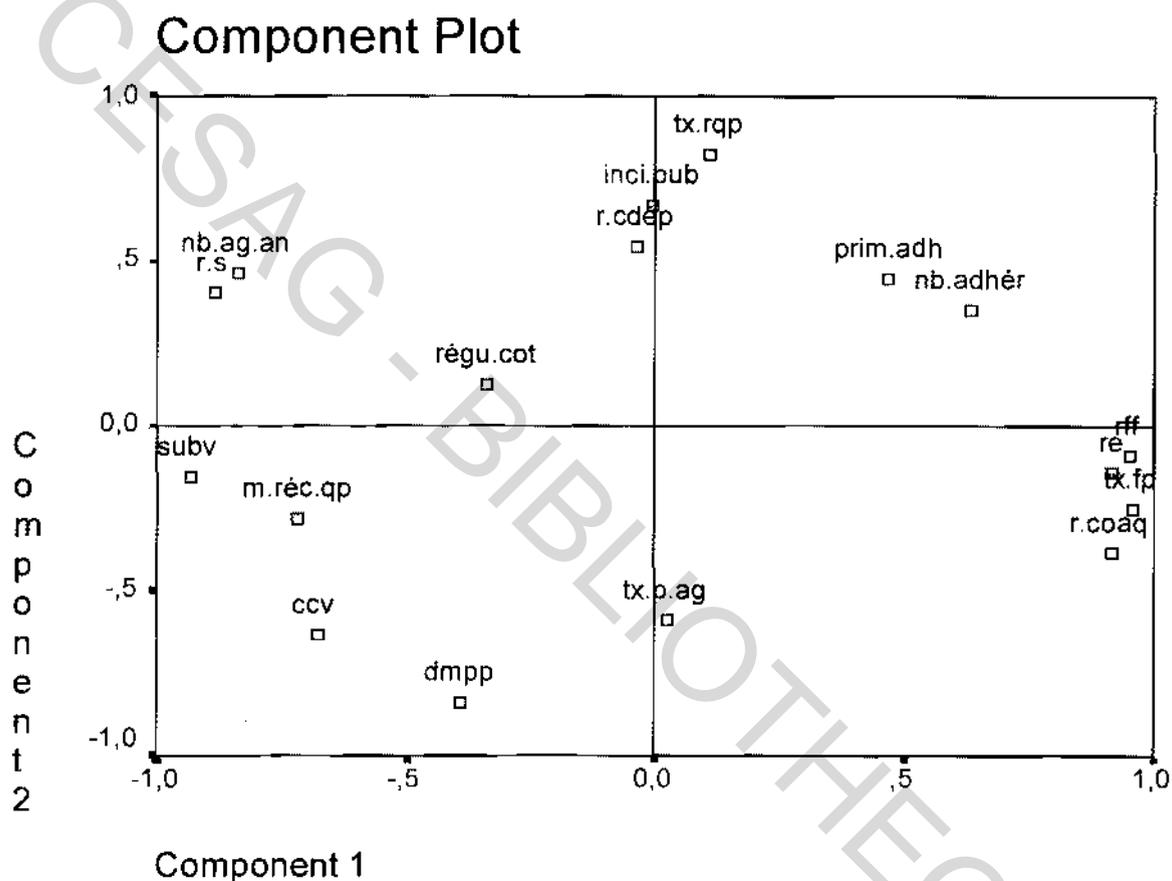
Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,759	45,642	45,642	7,759	45,642	45,642
2	3,928	23,109	68,751	3,928	23,109	68,751
3	2,014	11,846	80,597			
4	1,628	9,577	90,174			
5	1,111	6,535	96,709			
6	,559	3,291	100,000			
7	2,335E-15	1,373E-14	100,000			
8	1,267E-15	7,453E-15	100,000			
9	2,888E-16	1,699E-15	100,000			
10	2,215E-16	1,303E-15	100,000			
11	8,405E-17	4,944E-16	100,000			
12	5,247E-17	3,087E-16	100,000			
13	4,369E-17	2,570E-16	100,000			
14	-1,64E-16	-9,67E-16	100,000			
15	-1,98E-16	-1,16E-15	100,000			
16	-2,74E-16	-1,61E-15	100,000			
17	-4,57E-16	-2,69E-15	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

La matrice des corrélations (Cf annexe n°7) et le graphique - plan 1-2 révèlent que:

Graphique n°4 : : Le plan factoriel 1-2



Ce premier plan factoriel indique que :

- ✓ Le montant de la prime d'adhésion est corrélé positivement avec le nombre d'adhérents, c'est à dire plus le nombre d'adhérents croit, plus la structure perçoit des prime d'adhésion.
- ✓ Une corrélation positive entre DMpp (Délai moyen de paiement des prestataires), CCv (Coûts cachés valorisés), M.Rec.QP (Mode de recouvrement

des quotes-parts) et subv (subvention), puisque ces indicateurs sont regroupés dans le même cadran. En outre, ces 4 indicateurs sont opposés (sur le graphique) à RFF (Ratio de frais de fonctionnement), RE (Résultat Economique), TxFP (taux de financement propre), RcoAq (Ratio des cotisations acquises sur charges et coûts cachés) ce qui signifie les deux groupes de variables sont négativement corrélés,

- ✓ Le ratio de sinistralité croit en même temps de le nombre d'AG et est négativement corrélé avec les variables de viabilité économique RE Résultat économique), Tx.FP (Taux de financement propre) et RcoAQ (ratio de cotisations acquises sur charges et coûts cachés),
- ✓ l'incitation à l'utilisation de l'offre public de soins (Inci.pub), évolue dans le même sens que le taux de recouvrement de quotes-parts et l'aptitude de l'IPM à couvrir ses dépenses en prestations par ses réserves (r.cdép). Ces indicateurs sont en outre, négativement corrélés au taux de participation aux réunions.

Chapitre III : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

III.1 - DISCUSSION

✓ *Les IPM et le financement de la santé*

Les résultats, offrent un aperçu assez complet du fonctionnement et de l'environnement des IPM, qui malgré les interrogations qu'elles suscitent présentent des enjeux considérables. En effet, les IPM contribuent à garantir à de nombreuses familles, l'accessibilité aux soins ; ainsi, celles de la seule région de Dakar (n = 91), couvrent entre 48 468 et 125 747 travailleurs, pour 189 711 à 499 663 bénéficiaires. En outre, elles ont des potentialités énormes pour mobiliser des financements considérables pour le secteur de la santé. Aussi, avec 90% de confiance, l'ensemble des IPM de Dakar ont-elles mobilisées 8 131 060 392 F.CFA à 20 991 662 328 F.CFA, bien plus que les estimations de LETOURMY (1996) et largement supérieurs aux 400 à 600 millions de FCFA que les 800 comités de santé du pays mobilisent (BANQUE MONDIALE : 1997).

La relativement grande étendue des intervalles de confiance est due à la taille réduite de l'échantillon; un échantillon plus grand aurait permis d'avoir de petites valeurs de la statistique de student, car, les nombres de degrés de liberté (ddl) seraient plus grands. Cependant, nos résultats sont satisfaisants en ce sens que, des estimations plus précises que l'on pourrait obtenir à partir d'échantillons plus grands, se situeraient, aux seuils utilisés, dans nos intervalles de confiance.

Il faut reconnaître avec LETOURMY (1996), que la majeure partie, voire la quasi totalité de ce financement est destinée au secteur privé ; et son niveau élevé traduit l'absence, quasi générale, de mécanisme tendant à contenir et à maîtriser

les coûts. Pour MBARUM, qui déconseille l'utilisation des services publics, les raisons de cette préférence pour le privé sont en accord avec le point de vue de TANGCHAROENSATHIEN (1999), à savoir la fourniture de prestations médicales et non médicales de qualité.

SHAW et ELMENDORF (1993) pensent qu'une orientation des activités des assurances en milieu du travail, vers le secteur privé renforce l'équité et peut être bénéfique pour les populations pauvres, en ce sens que les ressources gouvernementales seront plus utilisées pour ces populations. Mais dans un contexte de pauvreté, une utilisation efficiente des ressources pourrait être faite par la recherche d'alternatives moins coûteuses et capables de procurer la même satisfaction aux patients. Dans cette optique, les IPM pourraient également aider à l'auto financement des hôpitaux publics, appelés à être désormais autonomes dans le cadre de la réforme au Sénégal.

En effet, ces hôpitaux publics qui deviennent de plus en plus autonomes et plus aptes à passer des conventions, peuvent constituer une alternative pouvant permettre aux IPM d'obtenir le même niveau de satisfaction, tout en maîtrisant leurs coûts.

✓ *Les IPM et la législation en vigueur*

Les IPM se sont affranchies de la législation en vigueur car :

- 100% de l'échantillon, ont adopté un taux de cotisations propre qui leur permet de pouvoir couvrir leurs charges. Avec des taux de cotisations bien supérieurs au taux légal, 90% des IPM arrivent juste à couvrir leurs charges (coûts cachés non compris). Il en résulte que le respect de la fixité du taux de cotisation légal aurait entraîné la faillite de ces organisations ;

- Certaines entreprises de plus de 100 employés préfèrent s'affilier à une IPM-IE, car plus grande est la taille d'une structure d'assurance, plus le risque est partagé et plus faible il devient pour chacun. Nous, l'avons vu, 75% des IPM-E ont présenté un résultat économique déficitaire. Aussi, en imposant aux entreprises de plus de 100 entreprises de créer une IPM-E dont la viabilité n'est sauve que grâce aux subventions et services reçus gratuitement, la loi contribue à augmenter le coût du facteur humain, donc les coûts de production des biens et services.

En effet, depuis leurs origines et également en Europe, les systèmes d'assurances maladies sociales bénéficient de subventions octroyés par l'Etat ou les employeurs. Ces subventions contribuent certainement à une meilleure prise en charges des membres ; cependant, la viabilité du système d'assurance ne doit pas dépendre des subventions car il est aisé de penser que moins la structure perçoit de subventions, plus elle est autonome c'est-à-dire, elle arrive à minimiser l'ingérence de l'employeur contre une bonne implication des membres. C'est donc à juste titre que KUTZIN (1997) recommande « qu'une structure d'assurance, pour être autonome, doit pouvoir s'autofinancer car, bien que les employeurs soient soucieux de la santé de leurs travailleurs, il n'en demeure pas moins, qu'ils souhaitent avant tout, maintenir leurs contributions au niveau le plus bas possible afin de minimiser l'ensemble de leurs coûts de production ». Ainsi donc, dans le nouveau contexte globalisant, si les IPM-E ne prennent, comme l'a réussi RTS, des mesures appropriées pour maîtriser leurs coûts, elles pourraient contribuer à réduire la compétitivité des entreprises. Cela se justifie d'ailleurs par la décroissance du nombre d'IPM-E, suite à la faillite de l'employeur ;

- La simulation faite et présentée par le graphique n°2 montre qu'au niveau des IPM-IE, la législation n'encourage pas la participation démocratique des

employés ; et les résultats de l'analyse des données ont montré que le taux de participation aux AG était faible pour les IPM-IE:

- La prise en charge de l'évacuation sanitaire - pourtant interdite - par TRANSIT et SGBS a conduit ces deux IPM à avoir de longs délai de paiements des prestataires et surtout, causer le déficit de SGBS.

✓ *Les IPM et leur gestion administrative et technique*

La fraude, le risque moral, la méconnaissance des techniques de contrôle de ces risques ainsi que la préférence pour le secteur privé expliquent en partie, la déconfiture de nombre d'IPM. La seule IPM-E, économiquement viable, n'a d'ailleurs pu obtenir des résultats satisfaisants que par la mise en place d'un système de référence obligatoire, d'une liste de médicaments essentiels, d'une évaluation du prestataire avant le renouvellement de son agrément et enfin et surtout, la mise en place d'une politique d'incitation à l'utilisation de l'offre public.

Le fait que les IPM-E consacrent moins de ressources aux frais de fonctionnement, correspond parfaitement à nos attentes, puisqu'elles bénéficient souvent de services gratuits. Ceci est parfaitement illustré par la SGBS dont le RFF = 0% car ses charges de fonctionnement sont entièrement supportées par l'employeur. En ce qui concerne RTS, la proportion élevée des frais de fonctionnement est due aux honoraires du médecin conseil qu'elle supporte.

Certaines entreprises promeuvent les assurances complémentaires afin de soulager soit leurs employés du fardeau de leurs quotes-parts, soit l'IPM du poids de ses créances. Cependant, l'effet d'induction du risque moral, pourtant prévisible mais ignoré par ces acteurs, a conduit à un augmentation considérable de la consommation médicale et des dettes des participants ainsi que les créances des

IPM concernées.

Certaines IPM ont mis en place un mécanisme particulier de lutte contre la fraude qui consiste à permettre à leurs membres de prendre (à 100%) en charges leurs enfants ou parents n'ayant pas ou plus droit aux prestations. Ce mécanisme original (puisque non répertorié dans la littérature) améliore l'accessibilité financière pour une frange de la population, mais pourrait augmenter les charges et les créances de l'IPM vis-à-vis de ses participants. Il serait donc souhaitable, que cette extension de la prise en charge ne mette pas en péril la santé financière et économique de l'institution. Les résultats nous ont montré que, les IPM-IE, qui dans l'ensemble n'accordent pas de facilités de remboursement des quotes-parts, ont des Taux de Recouvrement des Quotes-parts ($TxRQp$) nettement élevés. Ce taux est meilleur lorsque les cotisations sont régulières ; c'est le cas de SENTENAC et SYPAOA, qui recouvrent respectivement 86,37% et 70,53% de quotes-parts. Cependant, cet effet d'amélioration du $TxRQp$ qu'induit l'inexistence de facilités de remboursement, est pratiquement annihilé par la non régularité des cotisations, comme le montrent BOKK ($TxRQp = 58,84\%$) et FAGGARU ($TxRQp = 49,30\%$). A l'opposé, les IPM-E et TRANSIT, qui accordent des échéanciers, ont également de faibles $TxRQp$, quand bien même elles perçoivent régulièrement les cotisations. Le cas singulier de SGBS, qui malgré l'existence de facilités de paiement, recouvre 77,67% de quotes-parts, est probablement lié à l'absence d'un barème de prélèvement mensuel ; ce qui permet au gérant, qui a d'ailleurs la possibilité d'accéder aux comptes bancaires des participants, de prélever le maximum possible.

✓ *Les IPM et leurs performances financières et économiques*

Les IPM POSTE et BOKK qui ont les délais moyens de paiement des prestataires (DMpp) les plus longs (égal à 702 et 247 jours respectivement), sont également ceux qui ont les ratios de liquidité (*R. Liq*) les plus faibles. L'on note que la marge des excédents annuels des IPM reste faible ; en outre, 56% (n=9) d'entre elles présentent des RCDép qui ne couvrent pas 6 mois de dépenses en prestations. Cela donne à penser que même en présence d'une saine gestion des ressources, les IPM sont encore fragiles. Le cas particulier de SGBS, qui n'a pu couvrir ses charges de l'exercice, résulte des charges supportées (15 000 000 F.CFA) pour l'évacuation sanitaire d'un membre hors du territoire national. Cela explique aussi, le fait que le montant de la consommation de soins soit supérieur aux ressources annuelles (Ratio de Sinistralité = 118,76%)

La proportion relativement faible affectée au financement des soins, par RTS, pourrait s'expliquer par la bonne maîtrise de la fraude, de la sur-prescription et du risque moral, grâce au système de « Gate Keeper », du médecin conseil, de la politique volontariste d'orienter les malades vers les structures publiques conventionnées et de l'évaluation avant renouvellement annuel de l'agrément des prestataires.

Nous notons ainsi que, si du point de vue financier, 90% des IPM sont viables à la fin de l'exercice car ayant pu dégager des excédents, du point de vue économique, les 100% des IPM Interentreprises et une seule IPM d'entreprise sont viables. De même, les taux de financement propre déterminées, qui indiquent la proportion des charges (coûts cachés compris), couverte par les ressources propres de l'IPM (subventions non comprises) suivent rigoureusement les mêmes tendances que les résultats économiques. Il en résulte que les 75% des IPM-E ne réussissent à se pérenniser que grâce aux avantages qu'elles tirent des ressources mis à leur disposition par leurs adhérents. SYPAOA qui a un ratio d'équilibre

général supérieur à 1, et pas de coûts cachés, affiche pourtant un ratio des cotisations sur charges et coûts cachés (RCo.Ag) inférieur à 1. Cela s'explique par la proportion élevée des droits d'adhésion reçus qui s'élèvent à 6 790 000 FCFA. Ce montant des droits d'adhésion est d'ailleurs supérieur au résultat annuel réalisé (RA = 5 457 768 FCFA) ; en d'autres termes, cette structure d'assurance n'a réussi à équilibrer ses comptes que grâce aux nouvelles adhésions.

✓ *L'analyse multivariée*

Les résultats de l'Analyse en Composantes Principales montrent que :

- Le montant de la prime d'adhésion est corrélé positivement avec le nombre d'adhérents, c'est à dire plus le nombre d'adhérents croit, plus la structure perçoit des primes d'adhésions. Ceci confirme bien que ce sont les IPM-IE qui perçoivent ces primes ;
- Le regroupement de DMpp (Délai Moyen de paiement des prestataires), CCv (Coûts cachés valorisés), M.Rec.QP (Mode de Recouvrement des cotisations) et subv. (subventions) dans le même cadran nous permet de dire qu'ils sont corrélés positivement c'est-à-dire, plus la structure reçoit des subventions et des services gratuits (Coûts cachés) plus elle met en place des modalités ou échéanciers de paiement des quotes-parts et plus grand est le temps mis pour payer ses prestataires. Ce cadran est donc caractéristique des IPM-E. En outre, ces 4 indicateurs sont opposés (sur le graphique) ou négativement corrélés à RFF (Ratio de frais de Fonctionnement), RE (Résultat Economique), TxFP (aux de financement propre), RcoAq (Ratio des cotisations acquises sur coûts cachés)) ce qui signifie que, en percevant des subventions et des services gratuits, ainsi qu'en faisant des modalités de paiement, les IPM-E ont moins de frais de fonctionnement mais surtout, elles ne parviennent pas à être

économiquement viables, due à la faiblesse leurs taux de financement propre, ratio des cotisations sur charges et coûts cachés :

- Le ratio de sinistralité croit en même temps que le nombre d'AG et est négativement corrélé avec les variables de viabilité économique (RE, Tx.FP, RcoAQ), en d'autres termes, ce sont les structures les moins viables économiquement donc les IPM-E qui organisent plus d'AG. Aussi, leurs ratios de frais de fonctionnement sont-ils faibles, à cause de l'importance de subventions et coûts cachés dont elles bénéficient. Ceci signifie également que plus une IPM a une meilleure viabilité économique (donc les IPM-IE) moins elle a tendance à organiser des AG ;
- l'incitation à l'utilisation de l'offre publique de soins, améliore le taux de recouvrement de quotes-parts et l'aptitude de l'IPM à couvrir ses dépenses en prestations par ses réserves. En outre, puisque ce indicateur est négativement corrélé au taux de participation aux réunions, nous pouvons en déduire que plus l'IPM a des réserves et dispose donc d'une marge de sécurité, moins les membres participent aux AG .

III.2-RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail, il nous apparaît indispensable de formuler un ensemble de recommandations dont l'objectif majeur est de permettre une meilleure pérennité de ces Institutions de Prévoyance Maladies. Aussi, nous les points suivants :

- I. L'Etat par la tutelle, s'emploie à mettre en place, un cadre réglementaire adapté à l'environnement économique et dessiné à partir des meilleures pratiques du milieu. Ces instruments juridiques doivent pouvoir :
- ✓ Favoriser la création d'IPM-IE et ne pas contraindre les entreprises de plus de 100 employés à créer des IPM-E ;
 - ✓ Renforcer le contrôle, mais surtout l'appui technique nécessaire à la gestion efficiente des IPM ;
 - ✓ Permettre, à l'image des IPRES et certaines mutuelles de santé, que les IPM se regroupent pour créer ensemble, des structures de soins de premier niveau afin de réduire l'incidence des risques de fraude, sur-prescription et le risque moral ;
 - ✓ Rendre les structures plus fonctionnelles et encourager la participation des tous, pour ce faire, il convient de décentraliser l'administration et la gestion des IPM.
- II. Les IPM-E ont révélé leur fragilité économique mais l'exemple de RTS permet de ne pas désespérer car à partir d'une gestion appropriée, elles peuvent assurer leur pérennité. Les IPM, doivent donc pour leur viabilité :

- ✓ Ne pas accorder des échéanciers pour le recouvrement des quotes-parts, ceci permettra d'avoir des fonds toujours disponibles et réduira les taux de créances irrécouvrables. Cela est d'autant plus vrai que les abandons de postes ont été à la base du déficit de bien d'IPM ;
- ✓ La mise en place d'une liste de médicaments essentiels : il existe d'ailleurs en pharmacie, une liste sociale de médicaments comprenant 120 produits sur lesquels, les pharmaciens ne peuvent prendre qu'une marge de 9% (BERAUD & ROCHEZ, 1997) ;
- ✓ Mettre en place, une politique d'incitation à l'utilisation des structures publiques de soins afin de réduire les coûts et surtout les quotes-parts. Tout système d'assurance a pour objet de baisser les dépenses de santé et non les induire, or les quotes-parts des participants sont encore élevées et n'augmentent en général, plus que n'augmentent les salaires :
- ✓ Instaurer des taux ou paliers de prise en charge modulés selon le montant de la consommation, ainsi, plus un individu consommera, plus grande sera la part à supporter, ce qui aurait pour effet, d'inciter les patients à recourir aux soins moins coûteux ;
- ✓ Les assurances complémentaires ne doivent pas couvrir les prestations déjà couvertes par l'IPM ;
- ✓ La mise en place récente de mécanismes de contrôle de gestion au niveau de quelques IPM doit pouvoir être généralisée afin de crédibiliser d'avantage les IPM.

III. Les participants, autant que les gérants et les membres des instances, doivent bénéficier de formation car très souvent, leurs décisions non éclairées mettent l'organisme d'assurance dans une situation de précarité. Aussi, serait-il utile de prévoir des conférences en marge des AG.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, il est sans doute utile de rappeler les objectifs que nous nous sommes assignés. Le but était de contribuer à une meilleure connaissance des Institutions de Prévoyance Maladie et surtout analyser les facteurs qui pourraient constituer un frein à leur pérennité. Pour y arriver nous nous sommes muni d'instruments analytiques et d'évaluation qui ont permis de montrer que les IPM constituent un potentiel énorme de mobilisation de ressources.

Les IPM-E se sont révélés être économiquement moins viables à cause de leur incapacité à recouvrer le maximum de leurs créances, de l'absence de mécanismes appropriés pour maîtriser et réduire leurs coûts, et enfin de la prépondérance des subventions et coûts cachés. Bien que la mise à la disposition de ces IPM, de ressources additionnelles peut contribuer à améliorer les conditions de prise en charge et donc de la santé, le souci de pérennité oblige à reconnaître que sans des mesures efficaces de maîtrise des coûts, elles demeureront toujours tributaires de l'adhérent. Ainsi, avec les taux de cotisations actuels, la plupart des IPM d'entreprises, n'auraient survécues sans l'apport de leur employeur, amplifiant ainsi l'ingérence de ces derniers dans la gestion de la structure.

Les IPM-IE affichent une bien meilleure viabilité économique due en partie à leurs tailles mais surtout à de meilleurs taux de recouvrement de leurs créances. En effet, RTS qui est une IPM-E de petite taille, affiche un résultat économique bien meilleur que nombre d'IPM-IE ; cela souligne surtout l'importance des mécanismes de gestion.

En outre, la législation en vigueur nous est apparue, en bien de points, obsolète, faisant ainsi perdre à l'autorité son autorité. D'ailleurs, son strict respect aurait entraîné la faillite de ces institutions. Toutefois, le non respect de l'article n°9 du décret n°75-895 interdisant la prise en charge des prestations fournies hors du territoire Sénégalais a conduit au déficit de SGBS.

Enfin, la nécessité de maintenir et améliorer leur potentialité en matière de mobilisation de ressources pour la santé, promouvoir l'accessibilité aux soins des populations couvertes, et contribuer solidairement avec les autres franges de la population à l'amélioration de la couverture sanitaire, ainsi que le relèvement de plateau technique, ont été les bases de nos recommandations.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. ABRIAL M., 2000. *L'actualisation du cadrage financier du Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS)*. Rapport de la mission d'appui à la DAGE et à la CAS. Union Européenne - Sénégal.
2. AFIFI A. A. & CLARK V., 1996. *Computer – Aided Multivariate Analysis*. Third Edition. Texts in statistical science. Chapman & Hall/ CRC.
3. ATIM Chris, 2000-a. *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre*. BIT-STEP/PHR/ANMC/WSM
4. ATIM Chris, 2000-b. *Manuel de formation des formateurs pour les Institutions de Prévoyance Maladie*. Projet PHR
5. ATIM Chris, 1999. *Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon*. Social Science & Medecine 48, 881-896.
6. BANQUE MONDIALE. 1997. *Programme de Développement Intégré de la Santé*. Rapport d'évaluation n° 16756-SE/Region Afrique.
7. BERAUD C. & ROCHEZ I., 1997. *Les circuits du médicament au Sénégal*. FNMF-RPR / Paris - France.
8. BLOOM G. & SHENGLAN T. 1999. *Rural health prepayment schemes in China: towards a more active role for government*. Social Science & Medecine 48, 951-960.
9. BOURSIN J-L., 1981. *Méthode statistiques de la gestion*. Collection Vuibert.
10. BIT-ACOPAM:ANMC/WSM, 1997. *Mutuelles de santé en Afrique- Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérant*.
11. BIT/STEP, 2000. *La micro-assurance santé en Afrique: guide d'introduction à la mutuelle de santé*. STEP Afrique / Dakar- Sénégal
12. BIT/STEP, GTZ, PHR, ANMC, 2000. *Banque de données sur les mutuelles de santé et leurs structures d'appui: travaux de recherche dans onze pays d'Afrique de l'Ouest et du centre*. Concertation / Dakar- Sénégal.
13. CARRIN G. & al., 1996. *Reforme du système médical coopératif rural en Chine*. L'enfant en milieu tropical n°226/227. CIEF.
14. CONTANDRIOPOULOS A-P et al., 1990. *Savoir préparer une recherche : la définir ; la structurer, la financer*. Les Presses de l'Université de Montréal.

15. CRIEL B. & al. 1999. *The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns*. Social Science & Medecine 48, 881-896.
16. DESBOIS Dominique., 1999. *Une introduction à l'Analyse en Composantes Principales avec SPSS pour Windows*. Revue Modulad 20.
17. DESMET M. & al. 1999. *The potential for social mobilisation in Bangladesh: the organisation and functioning of two health insurance schemes*. Social Science & Medecine 48, 925-938.
18. DIRECTION DE LA PLANIFICATION. 1997. *Programme de lutte contre la pauvreté : stratégies et éléments de programme d'actions*. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan/Sénégal.
19. DIRECTION DE LA PREVISION ET DE LA STATISTIQUE. 1999. *Situation Economique et Sociale du Sénégal ; édition 1998*. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan/Sénégal.
20. FALGUIERES Pascal, 2000. *Tables financières et statistiques*. Ed. Foucher - Paris
21. LAMBO Eytayo, 1997. *Aims and performance of prepaiement schemes*. WHO
22. GALLAND B. & al., 1997. *Mutualité et systèmes de prépaiement des soins de santé en Afrique Sub-saharienne*. L'enfant en milieu tropical n°228. CIEF - Paris
23. HSIAO William, 1999. *Le financement des soins de santé dans les pays du sud*. Université de Havard
24. ILUNGA T. B. & al., 1997. *Mutuelle et assurance rurales de la santé: quelles approches pour l'Afrique?*. L'enfant en milieu tropical n°228. CIEF - Paris
25. KUTZIN Joseph., 1997. *Health insurance for the formal sector in Africa : « yes, but... »*. 23p. WHO / ARA / CC / 97.4
26. KUTZIN Joseph, 1995. *Experience with organizational and financing reform of the health sector*. WHO/SHS/94.3.
27. LE FAOU A-L., 1997. *L'économie de la santé en questions*. Ed. Ellipse/Paris. 159p
28. LETOURMY Alain, 1996. *L'assurance maladie obligatoire au Sénégal : analyse et voies d'amélioration*. CNRS / Paris - France.
29. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ACTION SOCIALE. 1997. *Programme d'Investissement du Secteur de la Santé et de l'Action Sociale 1998 – 2002*. Version corrigée. Sénégal.
30. NORMAND C. & WEBER A., 1994. *Social health insurance : a guidebook for planning*. WHO / ILO.

31. OMS, 2000. *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 : pour un système de santé plus performant*. Genève - Suisse.
32. PNUD. 1998. *Rapport mondial sur le développement humain 1998*.
Edition Economica / Paris.
33. ROENEN C. & CRIEL B., 1997. *La mutualité du Kanage : leçons d'un échec*.
L'enfant en milieu tropical n°228. CIEF - Paris
34. RON Aviva, 1999. *NGOs in community health insurance schemes: examples from Guatemala and the Philippines*. Social Science & Medecine 48, 939-950.
35. SHAW R.P. & ELMENDORF E., 1993. *Better health in Africa*.
Report 12 577-AFR, Africa Technical Department, Human Ressources and Poverty Division. The World Bank.
36. SENGHOR M. D., FALL C. I. et BARRY P. ; 1996. *Situation actuelle des IPM et réflexion sur l'amélioration de l'Assurance Maladie au Sénégal*.
Commission Sociale/Conseil National du Patronat du Sénégal.
37. SHEPARD D.S et al., 1992. *Les régimes d'assurance maladie au Zaïre*.
Département technique Afrique; Division Population, santé et nutrition - Banque Mondiale
38. TANGCHAROENSATHIEN V. & al. 1999. *The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn?* Social Science & Medecine 48, 913-923.
39. WILSON Ellen, 1998. *Etude de cas sur la santé de la reproduction au Sénégal*.
Country report/Projet POLICY

ANNEXES

**MINISTERE DE LA FONCTION
PUBLIQUE ET DU TRAVAIL**

I P M

Portant organisation des institutions de prévoyance-maladie d'entreprise ou interentreprise et rendant obligatoire la création des dites institutions

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE

Vu la Constitution, notamment en ses articles 37 et 65 ;

Vu le Code du travail, notamment en son article 163 ;

Vu le Code de la sécurité sociale ;

Vu la loi 75-50 du 3 avril 1975 relative aux institutions de prévoyance sociale ;

Vu le décret n 67-1360 du 9 décembre 1967 fixant les conditions et modalités de la désignation des délégués du personnel dans les entreprises et définissant leur mission ;

Vu le décret n 70-180 du 20 février 1970 fixant les conditions particulières d'emploi du travailleur journalier et du travailleur saisonnier ;

Vu l'article du conseil consultatif national du travail et la sécurité sociale en ses séances du 27 et 28 mars 1974 ; La Cour suprême entendue, en sa séance du 18 avril 1975 ; Sur le rapport du Ministre de la Fonction publique, du Travail et de l'Emploi.

DECRET

Article premier - Conformément à l'article 16 de la loi n 75-50 du 3 avril 1975, les employeurs et les travailleurs au sens des articles 1 et 2 du Code du travail doivent, dans un délai de six mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent décret, créer les institutions de prévoyance-maladie prévues par le présent décret, dans les conditions qu'il définit, au profit des travailleurs permanents au service de l'entreprise, et de leurs familles (épouses et enfants à charge au sens du régime des prestations familiales) dans la mesure où ces personnes ne bénéficient pas des avantages d'un quelconque autre régime ayant même objet, en vertu des dispositions législatives ou réglementaires, de conventions collectives, d'accords d'établissements ou de contrat individuels. Les institutions de prévoyance-maladie privées existantes à la date de publication de présent décret, organisées sous quelque forme que se soit, sont

tenu de se conformer aux dispositions du présent décret dans le délai de six mois à partir de son entrée en vigueur.

Article 2 - La création d'une institution de prévoyance-maladie est obligatoire dans toute entreprise comptant un effectif d'au moins cent travailleurs.

Pour l'application du présent décret, doivent être pris en compte dans les effectifs de l'entreprise, les catégories de travailleurs suivantes :

- les apprentis; -
- les travailleurs engagés à l'essai; -
- les travailleurs engagés ou rémunérés à l'heure ou à la journée mais de façon assez régulière pour totaliser, au cours d'une année l'équivalent de trois mois de travail au service de l'entreprise; -
- les travailleurs saisonniers revenant régulièrement dans l'entreprise et y effectuant des périodes de travail régulières; -
- plus généralement les travailleurs au service de l'entreprise dans les conditions visées par l'article 3 du décret 67-1360 du 9 décembre 1967.

Article 3 - Tous les travailleurs permanents au service de l'entreprise sont obligatoirement membres-participants de l'institution de prévoyance maladie créée en exécution de présent décret dans les conditions qu'il définit.

Article 4 - Les entreprises dont l'effectif, au sens des articles 2 et 3 du présent décret, est inférieur à cent travailleurs, sont tenues conformément à l'article 16 de la loi n 75-50, soit de regrouper leurs effectifs pour atteindre au moins ce chiffre au sein d'une institution de prévoyance-maladie interentreprise, soit d'adhérer à une institution de prévoyance maladie déjà autorisée.

Ce regroupement peut s'effectuer soit par aire géographique, soit par branche d'activité, ou selon tout autre critère.

Article 5 - Toute entreprise comptant au moins cent travailleurs dans son effectif au sens des articles 2 et 3 du présent décret, peut opter, soit pour l'organisation d'une institution autonome de prévoyance maladie, soit pour l'adhésion à une institution de prévoyance déjà autorisée.

Article 6 - Les modalités d'application du présent décret aux dockers professionnels titulaire d'une part, et aux travailleurs temporaires des entreprises d'autre part sont fixées, en tant que besoin, par arrêté conjoint du Ministre chargé de la Santé publique, et du Ministre, chargé des Finances, conformément au paragraphe 3 de l'article 36 du présent décret.

Article 7 - L'institution de prévoyance-maladie, d'entreprise ou interentreprise, créée en exécution du présent décret prend la dénomination de «Institution de prévoyance-maladie de personnel de...» (nom de la ou des entreprises, ou de la branche d'activité, ou du secteur géographique, concernés)

Article 8 - Bénéficient des prestations de l'institut prévoyance-maladie les travailleurs permanents de l'entreprise, ou des entreprises regroupées appelés participants, et les membres de leurs familles à charge (épouses et enfants), au sens du régime de prestations familiales, dans la mesure où ces personnes ne bénéficient pas des avantages d'un quelconque autre régime ayant le même objet.

Article 9 - L'institution a pour objet la prise en charge partielle des frais médicaux, pharmaceutiques, et d'hospitalisation engagés au Sénégal par les membres bénéficiaires visés à l'article 8 ci-dessus suivant des pourcentages qui sont fixés par le règlement intérieur soumis à l'application préalable du Ministre chargé du Travail et de la Sécurité sociale.

Les taux de prise en charge peuvent varier en hausse ou en baisse, en fonction des résultats enregistrés, dans la limite des plafonds réglementaires fixés en conformité de l'article 28 du présent décret.

Article 10 - L'institution de prévoyance-maladie, d'entreprise ou interentreprise se compose de membres participants, de membres adhérents, et de membres d'honneur.

- Sont «membres participants», tous les travailleurs qui régissent leurs cotisations mensuelles suivant les modalités prévues par le règlement intérieur de l'institution soumis à l'approbation préalable du Ministre chargé du travail et de la Sécurité sociale.

- Sont «membres adhérents», l'employeur, ou les employeurs regroupés selon le cas, dont les travailleurs permanents bénéficient des prestations servies par l'institution de prévoyance-maladie, qui régissent leurs cotisations conformément à l'article 37 du présent décret.

- Sont «membres d'honneur», sauf opposition de leur part toutes les personnes, physiques ou morales, qui concourent moralement et matériellement à la réalisation des buts de l'institution prévoyance-maladie et qui lui apportent une contribution matérielle.

Article 11 - Les cotisations des membres participants sont mensuelles et calculées en fonction de leurs salaires bruts tels qu'ils sont définis pour l'assiette de l'impôt général sur le revenu, dans la limite d'un plafond-mensuel fixé conformément à l'alinéa 3 de l'article 28 du présent décret.

Les cotisations du ou des membres adhérents de l'institution sont au moins égales, à par entreprise, au montant total des cotisations des membres participants. Elles sont réglées mensuellement à l'institution en même temps que lui sont reversées les cotisations précomptées sur les salaires bruts des membres participants conformément au premier alinéa du présent article.

Les taux de cotisations à la charge des membres participants et de membres adhérents sont fixés par le règlement intérieur soumis à l'approbation du Ministre chargé du Travail et de la Sécurité sociale, conformément à l'article 28 du présent décret.

Article 12 - Le patrimoine de l'institution de prévoyance-maladie répond seul des engagements contractés par elle dans les conditions fixées par le présent décret.

Les sources de l'institution de prévoyance-maladie d'entreprise ou inter-entreprise comprennent :

- les cotisations versées par les membres participants ;
- les cotisations versées par les membres adhérents ;
- les cotisations et subventions qui lui sont accordées ; par les membres d'honneur
- les dons et legs.

Article 13 - Les dépenses de l'institution de prévoyance-maladie comprennent

- les diverses prestations prises en charge conformément aux dispositions du présent décret, des statuts et du règlement intérieur de l'institution ;
- éventuellement, les frais rendus nécessaires pour la gestion de l'institution : loyers, frais de personnel, charges sociales, frais de fonctionnement et d'entretien, dont les modalités de prise en charge sont fixées par le règlement intérieur de l'institution soumis à l'approbation préalable du Ministre chargé du Travail et de la Sécurité sociale.

Chaque exercice court du 1 janvier au 31 décembre, à l'exclusion du premier exercice qui pourra commencer en cours d'année, mais sera cependant clos le 31 décembre de la même année.

Il sera tenu une comptabilité par recettes et dépenses.

Lorsque les recettes font apparaître un excédent par rapport aux dépenses il peut être constitué un fonds de réserve dont le total cumulé ne peut excéder 100 % des dépenses du dernier exercice.

Si cet excédent vient à dépasser le dit taux, il est procédé soit à une augmentation de taux de prise en charge des prestations, soit à une réduction du taux de cotisations sous réserve de l'application des dispositions de l'article 28 du présent décret.

Article 14 - La qualité de membre participant de l'institution de prévoyance-maladie se perd :

par décès, démission, licenciement, mise à la retraite ou pour tout autre acte ayant pour conséquence directe le fait que le participant n'est plus au service d'un employeur membre adhérent de l'institution ;

- par défaut de paiement de la cotisation imputable à l'employé pendant deux mois, après mise en demeure et sauf cas de force majeure laissé à l'appréciation du conseil d'administration ;

- par radiation prononcée dans les mêmes conditions fixées par les statuts et le règlement intérieur de chaque institution de prévoyance-maladie.

La perte de la qualité de membre participant supprime tout droit aux avantages accordés par l'institution de prévoyance-maladie pour le travailleur et les membres de sa famille à charge au sens du régime de prestations familiales. Elle ne donne droit à aucun remboursement des cotisations versées lesquelles sont définitivement acquises à l'institution.

La perte de la qualité de membre-participant ne rétroagit pas sur les droits à prestations nés antérieurement à la date de cette perte.

Article 15 - Il est substitué à l'assemblée générale du collège des représentants investi des pouvoirs de l'assemblée générale et composé comme suit :

- des représentants des membres participants élus au scrutin secret par tous les membres participants de l'institution et en leur sein, sur la base des tranches de vote ci-après :

- Première tranche : de 100 à 250 participants :

Il est élu pour cette première tranche 20 représentants.

Il est élu pour cette seconde tranche, en plus des 20 représentants de la première tranche, un représentant pour 50 participants

Troisième tranche, au-delà de 1000 participants.

Il est élu pour cette troisième tranche, en plus des représentants élus par les deux premières tranches, un représentant pour 100 participants.

Il est élu un représentant suppléant pour chaque représentant titulaire

- Deuxième tranche : de 250 à 1000 participants ;

Il est élu pour cette seconde tranche, en plus des 20 représentants de la première tranche, un représentant pour 50 participants.

- Troisième tranche : au-delà de 1000 participants.

Il est élu pour cette troisième tranche, en plus des représentants élus par les deux premières tranches, un représentant pour 100 participants.

Il est élu un représentant suppléant pour chaque représentant titulaire.

En cas d'empêchement d'un représentant titulaire, celui-ci est automatiquement remplacé par son suppléant.

- des représentants désignés par les membres adhérents à raison de deux représentants adhérents si l'institution couvre une seule entreprise, ou d'un représentant par membre adhérent si l'institution couvre deux ou plusieurs entreprises.

Le collège des représentants se réunit deux fois par an sur convocation individuelle du président du conseil d'administration, adressée à ses membres au moins quinze jours à l'avance et contenant l'ordre du jour de la réunion.

Outre les matières portées à l'ordre du jour par le conseil d'administration, toute proposition portant la signature d'un tiers au moins des membres participants est obligatoirement soumise au collège des représentants, dans la limite de ses attributions.

Le collège des représentants se réunit pour se prononcer sur le rapport moral et le compte rendu de la gestion financière établis par le conseil d'administration dans les conditions fixées par les statuts, et délibérer sur les rapports qui lui sont présentés.

Il désigne à la majorité simple des représentants présents et au scrutin secret, en sein les membres du conseil d'administration dont le nombre est fixé par le règlement intérieur.

Il vote le budget de l'année.

Article 16 - Le collège des représentants est convoqué en cas de circonstances exceptionnelles par le président du conseil d'administration, sur avis du conseil, ou sur la demande écrite du tiers au moins des membres participants. Dans ce dernier cas, la réunion doit avoir lieu dans les trente jours qui suivent le dépôt de la demande au secrétariat.

Les modalités de convocation, de représentation, et de vote, sont les mêmes que celles concernant les assemblées générales ordinaires des représentants.

Les modifications de statuts ne peuvent être décidées qu'en assemblée extraordinaire des représentants, statuant pour ces seules modifications, à la majorité des deux tiers des représentants présents ou remplacés par leurs suppléants, votant au scrutin secret.

Toutes les délibérations du collège des représentants sont consignées dans un registre spécial détenu au siège de l'institution.

Article 17 - L'institution est administrée par un conseil d'administration composé de 8 membres participants au moins et de 28 au plus, nommés pour deux ans et rééligibles, appartenant à un titre quelconque à l'institution.

En plus des sièges des membres participants, il est attribué au membre adhérent deux sièges lorsque l'institution ne couvre qu'une seule entreprise, et un siège par membre adhérent, employeur des membres participants, lorsque l'institution groupe deux ou plusieurs entreprises. En tout état de cause, le nombre de sièges attribués aux représentants des membres participants ne peut être inférieur à la moitié du nombre total des sièges du conseil.

Pour respecter cette règle, et compte tenu du fait qu'en cas de regroupement d'entreprise les membres adhérents pourront ne pas être tous représentés au conseil; ils procèdent le cas échéant, à la désignation de leurs représentants un système de rotation à chaque renouvellement du conseil.

En cas de démission, de décès ou d'empêchement d'un nombre de membres du conseil égal au tiers du nombre des administrateurs désignés, le collège des représentants nomme provisoirement les membres complémentaires dont les fonctions expirent lors de la prochaine assemblée générale ordinaire du collège des représentants devant renouveler le conseil.

Le conseil d'administration élit en son sein, au scrutin secret et à la majorité simple, le président et le vice-président de l'institution.

Article 18 - Le conseil d'administration élit, parmi ses membres, en dehors du président et du vice-président, au scrutin secret et à la majorité des deux tiers, un bureau exécutif composé :

- d'un gérant ;
- d'un secrétaire général ;
- d'un trésorier, choisi obligatoirement parmi les membres adhérents.

Toutefois, le conseil d'administration peut engager par contrat de travail un gérant en dehors des membres participants.

Les membres participants et adhérents du bureau exécutif sont élus pour deux ans et sont rééligibles.

Article 19 - Le conseil d'administration se réunit chaque fois qu'il est convoqué par son président, ou sur la demande du quart de ses membres, et au moins une fois chaque trimestre.

Il peut convoquer à ses réunions, à titre consultatif, toutes personnes dont la compétence professionnelle est utile à l'objet de ses travaux, et constituer avec leur concours des commissions d'études pour un objet déterminé.

Dans toutes les réunions du conseil, seuls les membres de celui-ci ont voix délibérative.

Pour la validité des délibérations, le 2/3 des membres composant statutairement le conseil doivent être présents ou représentés. En cas d'absence ou d'empêchement, un membre du conseil peut donner par écrit à un autre membre du conseil pouvoir de représenter. Si les 2/3 ne sont pas présents, le conseil se renvoie à une date ultérieure, à laquelle il peut alors délibérer sous réserve que le quart au moins de ses membres soit présent ou représentés.

Les originaux des procès-verbaux des séances du conseil sont inscrits sur un registre spécial. Ils sont signés par le président et le secrétaire général.

Les fonctions des membres du conseil sont gratuites. Toutefois, leurs frais de transports et de déplacements sont pris en charge par l'institution dans les conditions fixées par le règlement intérieur.

Article 20 - Le conseil d'administration assure l'exécution des décisions du collège des représentants, et investi des pouvoirs les plus étendus pour faire ou autoriser tous actes qui ne sont pas réservés au collège des représentants.

Il délègue au gérant les pouvoirs de gestion nécessaires au fonctionnement de l'institution, étant entendu que les comptes bancaires, qui ne peuvent être ouverts, dans chaque cas que sur autorisation du conseil d'administration fonctionnent sur la double signature du gérant et du trésorier.

Il surveille la gestion des membres du bureau exécutif et a toujours le droit de se faire rendre compte de leurs actes.

Il peut interdire au président, au gérant et au trésorier d'accomplir un acte qui rentre dans leurs attributions d'après les statuts, mais dont il contesterait l'opportunité.

Il peut à la majorité simple, en cas de faute grave, suspendre provisoirement les membres du bureau exécutif en attendant la décision de l'assemblée générale extraordinaire du collège des représentants qui doit, dans ce cas, être convoquée et réunie dans la quinzaine.

Il se prononce souverainement sur toutes les admissions ou radiations des membres de l'institution.

Il autorise le gérant et le trésorier agissant conjointement à accomplir tous les actes de dispositions et d'administration nécessaires au fonctionnement de l'institution, dans les conditions définies par le règlement intérieur.

Il établit chaque année les comptes de l'exercice clos, et le projet de budget à soumettre à l'assemblée.

Article 21 - Le conseil d'administration est seul habilité à décider des modifications à apporter au règlement intérieur.

Il fixe aussi le taux de remboursement des prestations en fonction des résultats enregistrés et dans la limite des plafonds réglementaires.

Les demandes de modification du règlement intérieur sont présentées au président, par un tiers au moins des membres du conseil. Le président, après examen de la demande, réunit le conseil dans le délai d'un mois suivant le dépôt de la demande de modification.

Il est également seul habilité à se prononcer sur l'utilisation du fonds de réserve, notamment en ce qui concerne les prises en charges sur ce fonds de prestations exceptionnelles normalement exclues par le règlement intérieur.

Article 22 - Les décisions prises par le conseil d'administration le sont à la majorité simple des membres présents ou représentés, à l'exclusion de celles concernant les modifications du règlement intérieur, l'élection du bureau exécutif et la désignation des personnes chargées du fonctionnement et de la gestion courante de l'institution qui sont prises à la majorité des 2/3 des membres présents ou représentés.

Le vote a lieu au scrutin secret, et en cas de partage des voix, celle du président, qui fait connaître le sens de son vote est prépondérante.

Les membres du bureau exécutif ne participent pas au vote pour ce qui a trait au contrôle des actes de leur gestion.

Toutefois, en cas de litige au sein du conseil d'administration sur des questions fondamentales qui engagent la vie même de l'institution, telles que celles portant notamment sur :

- la nature des prestations;
- les modifications du taux des cotisations, de celui des remboursements, des forfaits ;
- la désignation des personnes chargées du fonctionnement de l'institution;
- l'exclusion des membres.

5

Un droit de recours à l'arbitrage par le directeur du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale est reconnu à tout membre du conseil d'administration. L'autorité compétente règle les modalités de l'arbitrage par l'autorité de tutelle.

La demande d'arbitrage est suspensive de toute exécution de la décision du conseil d'administration.

Faute d'arbitrage dans le délai d'un mois suivant le dépôt de la demande d'arbitrage au bureau de l'autorité de tutelle, la décision du conseil d'administration devient exécutoire.

L'arbitrage rendu par l'autorité de tutelle ne lie le conseil d'administration que pour les matières et dans les domaines où la loi soumet l'entrée en vigueur des décisions du conseil d'administration à l'approbation préalable du Ministre chargé du Travail et de la Sécurité sociale.

Article 23 - Le président convoque les assemblées générales du collège des représentants et les réunions du conseil d'administration.

Il représente l'institution dans tous les actes de la vie civile, et est investi de tous les pouvoirs à cet effet. Il a notamment qualité pour ester en justice au nom de l'institution comme défendeur et comme demandeur, sous le contrôle du conseil d'administration. Il peut former, dans les mêmes conditions, tous appels ou pouvoirs et consentir toutes transactions.

Il préside toutes les assemblées. En cas d'absence ou d'empêchement, il est remplacé par le vice-président. En cas d'absence ou d'empêchement de ce dernier, il est remplacé par le membre le plus ancien du conseil d'administration, et en cas d'ancienneté égale, par le plus âgé, à l'exclusion des membres du bureau exécutif.

Article 24 - Le gérant est investi de tous les pouvoirs de gestion que lui délègue le président avec l'accord du conseil d'administration.

Il peut faire fonctionner conjointement avec le trésorier les comptes bancaires ouverts au nom de l'institution, sur autorisation dans chaque cas, du conseil d'administration.

Article 25 - Le secrétaire général est chargé de tout ce qui concerne la correspondance et les archives.

Il rédige et diffuse les procès-verbaux des réunions ou assemblées et, en général, toutes les écritures concernant le fonctionnement de l'institution, à l'exception de celles concernant la comptabilité. Il tient un registre des originaux des procès-verbaux.

Article 26 - Le trésorier est chargé de tout ce qui concerne la gestion des fonds de l'institution.

Conjointement avec le gérant, il effectue tous paiements et reçoit toutes sommes dues à l'institution.

Il tient ou fait tenir une comptabilité régulière de toutes les opérations par lui effectuées, et rend compte au conseil d'administration.

Article 27 - Les institutions de prévoyance-maladie assurent la prise en charge partielle des frais médicaux, pharmaceutiques, et d'hospitalisation engagés par les membres bénéficiaires de l'institution, dans les conditions fixées par la loi n 75-50 du 3 avril 1975 ainsi que par leurs statuts et leur règlements intérieur.

Cette prise en charge s'effectue suivant les taux fixés par le règlement intérieur de chaque institution sous réserve des dispositions de l'article 28 du présent décret visant à uniformiser, conformément aux articles 10 et 13 de la loi n 75-50 du 3 avril 1975, les taux de cotisations et les taux de prise en charge, afin de garantir aux travailleurs les mêmes droits en matière de prévoyance-maladie.

Les taux de prise en charge ne peuvent varier en hausse ou en baisse en fonction des résultats enregistrés, que sous réserve de l'application de l'article 28 du présent décret.

Article 28 - Un arrêté conjoint du Ministre chargé du Travail et la Sécurité sociale, du Ministre chargé de la Santé publique et du Ministre chargé des Finances, fixe les modèles-types de statuts et de règlement intérieur des institutions de prévoyance-maladie. Ces documents comportant, conformément à l'article 6 de la loi n 75-50 du 3 avril 1975, les dispositions obligatoires communes à toutes les institutions de prévoyance-maladie.

Ledit arrêté conjoint définit notamment la liste des rubriques de prestations partiellement prises en charge par les institutions de prévoyance-maladie, ainsi que la fourchette dans laquelle doit s'insérer les taux de prise en charge des dites prestations par les institutions de prévoyance-maladie.

Ledit arrêté conjoint fixe également, conformément à l'article 10 de la loi n 75-50 du 3 avril 1975 le taux maximal de la cotisation globale aux institutions de prévoyance-maladie, également répartie entre travailleur et employeur, et le plafond de salaire au-delà duquel les cotisations ne sont pas dues.

Article 29 - Aucune prise en charge de prestations n'est due par les institutions de prévoyance-maladie :

- en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle tels qu'ils sont définis par le Code de la sécurité sociale ;
- en cas de suicide ou de tentative de suicide ;
- en cas de mutilation volontaire ;
- en cas de rixe ou d'émeute ;
- en cas de dommage corporel résultant d'un acte sportif quelconque ;
- en cas de non paiement de la cotisation mensuelle pendant deux mois, conformément à l'article 14, alinéa 2 du présent décret et, plus généralement, de toute somme due à l'institution de prévoyance-maladie par le participant

Article 30 - Un arrêté conjoint du Ministre chargé du Travail et de la Sécurité sociale, du Ministre chargé de la Santé publique et du Ministre chargé des Finances, réglera les conditions pratiques de fonctionnement de l'institution, en vue d'assumer les prises en charge qui lui sont imputées, et notamment :

- l'institution du livret individuel de santé de chaque participant ;
- la tenue à jour du livret individuel de santé ;
- l'établissement des dossiers des participants ;
- l'instruction, le règlement et la conservation des dossiers de maladie ;
- la délivrance des feuilles de maladie ;
- l'établissement des bons de commande ;
- le règlement des honoraires et factures ;
- l'administration courante de l'institution ;
- la tenue de la comptabilité de l'institution de prévoyance-maladie ;
- les modalités pratiques de prise en charge des prestations ;
- la ventilation des quotes-parts à la charge de l'institution de prévoyance-maladie et, par différence, de celles à la charge des participants.

Article 31 - Les institutions de prévoyance-maladie ne possèdent à aucune manipulation d'espèces, l'intégralité des règlements devant intervenir par chèques ou virements bancaires.

Les opérations de règlement, par chèques ou par virements, s'effectuent sur présentation de justificatifs aux personnes habilitées à faire fonctionner les comptes bancaires, conformément aux statuts.

Article 32 - La perte du livret individuel de santé de tout participant doit être immédiatement déclarée à l'institution de prévoyance-maladie, sauf en cas de force majeure, sous peine de mise à la charge du participant intéressé de toute utilisation frauduleuse du document, et de ses conséquences éventuelles.

Article 33 - Un arrêté conjoint du Ministre chargé du Travail et de la Sécurité sociale, du Ministre chargé de la Santé publique et du Ministre chargé des Finances, et l'institution de prévoyance-maladie est prononcée par le conseil d'administration après enquête en cas de non respect des statuts et du règlement intérieur de l'institution, en cas de fraude ou de tentative de fraude dans l'utilisation des services de l'institution.

Article 34 - Un arrêté du Ministre chargé du travail et de la Sécurité sociale, du Ministre chargé de la Santé publique et du Ministre des Finances, établit la liste des fournitures et services qui ne donnent pas lieu à prise en charge par les institutions de prévoyance-maladie, notamment les produits alimentaires, de régime, de parfumerie et de beauté, la pharmacie de maison, les alcools, les opérations n'ayant qu'un but esthétique ou de rajeunissement, les soins rééducatifs, la gymnastique corrective, le tout dans les limites fixées par le règlement intérieur.

Article 35 - En cas de refus par le bureau exécutif de l'institution de prévoyance-maladie de prendre en charge des prestations que le membre participant estime être dues pour lui-même ou ses ayants droit, le différend pourra être porté devant le conseil d'administration de l'institution, sans préjudice du droit du membre participant de saisir le tribunal du travail du siège de l'institution.

Article 36 - Les sommes dues à quelque titre que ce soit par le participant à l'institution de prévoyance-maladie sont précomptées d'office sur les salaires du participant au titre des prélèvements obligatoires visés par l'article 129 du Code du travail, nonobstant les autres dispositions de l'article 129, et les articles 130 et 131 du Code du travail, et notamment sans qu'il y ait lieu à cession volontaire souscrite dans les conditions du second paragraphe de l'article 129 du Code du travail.

Les participants inscrits à une institution de prévoyance-maladie postérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent décret ne peuvent prétendre aux prestations de l'institution qu'après délai de deux mois de cotisations.

Les travailleurs saisonniers, les travailleurs temporaires, les travailleurs de chantier du bâtiment et des travaux publics ne sont astreints qu'une seule fois à la période d'attente de deux mois de cotisations, prévue à l'alinéa 2 ci-dessus, à l'occasion de leur premier engagement, ou selon le cas, de leurs premiers engagements successifs au service de la même entreprise, à concurrence de ladite période de deux mois.

Pour tous leurs engagements ultérieurs au service de même entreprise, après la période d'attente une fois exécutée globalement ou successivement, ils sont immédiatement pris en compte par l'institution de prévoyance-maladie, dès la date de réengagement, comme bénéficiaires pour eux-mêmes et les membres de leur famille, sous réserve de rapporter la preuve des modifications éventuelles de leur situation familiale intervenues depuis leur précédent engagement par la même entreprise.

Article 37 - Conformément à l'article 17 de la loi no 75-50 du 3 avril 1975 le recouvrement des sommes dues à l'institution de prévoyance-maladie par les employeurs membres adhérents de l'institution s'opère dans les mêmes conditions, que celui des sommes dues à la caisse nationale de sécurité sociale aux termes du Code de la sécurité sociale.

Article 38 - L'institution de prévoyance-maladie est subrogée dans les droits du participant et de ses ayants droit lors du recours contre les tiers auteurs ou civilement responsables d'actes ayant entraîné le service de prestations prises en charge par l'institution, et ce à concurrence du montant de ces prestations. Le membre participant est tenu d'appeler l'institution en déclaration de jugement commun.

Article 39 - Le contentieux tant civil que pénal des institutions de prévoyance-maladie est réglé par les articles 24 et suivants de la loi n 75-50 du 3 avril 1975.

Article 40 - Les statuts et règlement intérieur de toute institution de prévoyance-maladie sont soumis à l'approbation préalable du Ministre chargé du Travail et de la Sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles 3 et 7 de la loi n 75-50 du 3 avril 1975.

Toute modification des statuts ou du règlement intérieur de l'institution, adoptée par le conseil d'administration doit, pour entrer en vigueur, être soumise à l'accord préalable du Ministre chargé du Travail et de la Sécurité sociale.

Le Ministre peut, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la modification votée par le conseil d'administration, rejeter celle-ci, au cas où il l'estimerait contraire à l'esprit dans lequel a été élaboré le statut-type des institutions de prévoyance-maladie. Passé ce délai, l'approbation du Ministre est considérée comme acquise.

Article 41 - Dans le premier semestre suivant la fin de chaque exercice, le président du conseil d'administration de toute institution de prévoyance-maladie transmet au Ministre chargé du Travail et de la Sécurité sociale, conformément à l'article 11 de la loi n 75-50 du 3 avril 1975, le rapport annuel faisant apparaître notamment les statistiques des effectifs de l'institution, le montant des cotisations encaissées et des prestations prises en charge, et la situation financière, notamment le bilan de l'exercice écoulé, le compte d'exploitation et le compte de pertes et profits, ainsi que, plus généralement, tous autres documents comptables au vu desquels l'assemblée générale ordinaire du collège des représentants a, ou n'a pas donné quitus de leur gestion aux membres du conseil d'administration.

Le ministre peut faire procéder par tous moyens à sa convenance à la vérification de ces documents, et recueillir, le cas échéant, l'avis du Ministre chargé des Finances sur le contenu desdits documents.

Article 42 Les institutions de prévoyance-maladie sont tenues de communiquer à tout moment leurs livres, registres, procès-verbaux et pièces comptables de toute nature, à l'inspection du travail et de la sécurité sociale.

Un exemplaire de chaque rapport d'inspection est aussitôt communiqué au Ministre chargé des Finances.

Article 43 - Sur proposition du conseil d'administration, et après accord préalable du Ministre chargé du Travail et de la Sécurité sociale, la dissolution d'une institution de prévoyance-maladie peut être décidée par l'assemblée générale extraordinaire du collège des représentants statuant à la majorité des deux tiers et au scrutin secret, à la condition que la délibération de ladite assemblée générale extraordinaire précise expressément, simultanément, son option quant à l'institution de prévoyance-maladie appelée à prendre la suite

de celle dissoute par application des articles 1er, 2, 4 et 5 du présent décret. Conformément à l'article 21 de la loi 75-50 du 3 avril 1975 les institutions de prévoyance-maladie peuvent être dissoutes par décision du tribunal dans le ressort duquel se trouve le siège social, pour nullité des statuts ou justes motifs.

Article 44 - En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'assemblée générale extraordinaire du collège des représentants statue sur la dévolution du patrimoine de l'institution et désigne les établissements publics ou la ou les institutions de prévoyance-sociale, ou les établissements privés reconnus d'utilité publique, qui reçoivent le reliquat de l'actif après paiement de liquidation. Ladite assemblée générale extraordinaire nomme, pour assurer les opérations de liquidation, un ou plusieurs membres de l'institution qui sont investis à cet effet de tous pouvoirs nécessaires.

S'il subsiste un passif, son montant est réparti entre les membres participants soit à l'amiable, soit par voie de justice.

Article 45 - Il est institué un «fonds de garantie» des institutions de prévoyance-maladie, d'entreprise ou interentreprise.

Les modalités d'organisation, de fonctionnement, et d'intervention de ce fonds au profit des institutions de prévoyance-maladie se trouvant temporairement hors d'état de s'acquitter de leurs obligations statutaires, sont fixées par décret.

Article 46 - Un arrêté conjoint du Ministre chargé du Travail et de la Sécurité sociale, du Ministre chargé de la Santé publique et du Ministre chargé des Finances fixe le pourcentage des cotisations encaissées par toutes les institutions de prévoyance-maladie d'entreprise ou interentreprise, qui est destiné à alimenter le fonds de garantie des institutions de prévoyance-maladie.

Article 47 - Jusqu'à l'entrée en vigueur du décret prévu à l'article 45, toute institution de prévoyance-maladie est tenue de déposer à un compte spécial ouvert à cet effet dans la banque de son choix, 0, 20% de l'ensemble des cotisations patronales et ouvrières qu'elle encaisse, à compter de la date de son fonctionnement. Les versements audit compte s'effectuent au mois le mois des cotisations encaissées.

Article 48 - Le Ministre d'Etat, chargé des Finances et des Affaires économiques, le ministre de Santé publique et des Affaires sociales, le Ministre de la Fonction publique, du Travail et de l'emploi sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au journal officiel.

Annexe n°2 : GUIDE D'ENTRETIEN

POUR L'EVALUATION DE LA VIABILITE DES IPM

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Code IPM: / __ / ____ /

(E ou IE pour désigner une IPME ou IPMIE/N° de l'IPM)

Date de l'enquête: / __ / __ / __ /

Lieu d'enquête : _____

1- Type d'IPM ?

a- / __ / IPM Entreprise

b- / __ / IPM Inter-entreprise

2- Quelle est la date de création de votre institution ? / __ / __ / __ /

3- Quelle est la date de démarrage des activités ? / __ / __ / __ /

CARACTERISTIQUES DES ASSURES

4- Quel est le nombre d'adhérent(s) ? / ____ /

5- Quel est le nombre de participants ? / ____ /

6- Combien d'entreprise (s) de plus de 100 participants comporte l'IPM ?

/ ____ /

7- Combien y a t'il de bénéficiaires au total ? / ____ /

8- Quel est le nombre de familles célibataires/divorcées/séparées ?

/ ____ /

9- Quel est le nombre de couples monogames ? / ____ /

10- Quel est le nombre de couples polygames ? / ____ /

11- Combien y a t'il de participants ayant souscrit à une assurance complémentaire ? / ____ /

12- Quel est le nombre total de personnes bénéficiant des prestations d'une assurance complémentaire (Participants + ayant droits) ?

/ ____ /

13a- Y a t'il des participants qui souhaitent souscrire à une assurance complémentaire ? 1 / ____ / Oui 2 / ____ / Non

13b- Si oui, combien sont-ils ? / ____ /

13c- Etes vous favorable à cette initiative ? 1 / ____ / Oui 2 / ____ / Non

Pourquoi ? : _____

13d- Quelle(s) disposition(s) est(sont) prise(s) pour :

1 / ___ / encourager cette initiative ? : _____

2 / ___ / décourager cette initiative ? : _____

FINANCEMENT DE L'IPM

14- Quel est le montant total des cotisations annuelles versées par les adhérents ? / _____ /FCFA

15- Quel est le montant total des cotisations annuelles versées par les participants ? / _____ /FCFA

16- L'IPM a t'elle bénéficié de

1 / ___ / subvention(s) ?

a- quel a été le montant ? / _____ /FCFA

b- de qui proviennent-ils ? _____

2 / ___ / de services gratuits ?

a- Sous quelles formes ? _____

b- quel est leur valeur monétaire ? / _____ /FCFA

c- de qui proviennent-ils ? _____

17- Quel est le montant du fonds de réserve ? / _____ /FCFA

18- Quel est le mode de détermination des cotisations mensuelles ?

a) Est-ce par :

1 / ___ / une prime fixe ?

quel est le montant de la prime ? : / _____ /FCFA

2 / ___ / un pourcentage du salaire ?

quel est le taux de prélèvement ? : / _____ /FCFA

b) Quel est le montant du salaire plafond ? / _____ /FCFA

19a- Les adhérents cotisent-ils un montant identique à celui des participants ? 1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

Si non, pourquoi ? _____

19b- quel est dans ce cas le mode de détermination de la cotisation de l'adhérent ? : _____

20a- Votre institution a t'elle bénéficiée de ristournes de la part de certains prestataires ? 1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

20b- Si oui, quel a été le montant de ces ristournes ? / _____ /FCFA

21- Quel est le montant total des ressources au cours de l'exercice ? / _____ /FCFA

LA PRISE EN CHARGE

22- La prise charge se fait-elle par un mécanisme de

1 / ___ / Tiers payant intégral ?

2 / ___ / Tiers payant avec paiement immédiat de la quote-part du patient ?

3 / ___ / Tiers garant ?

23- Quelles sont les modalités de prises en charge ? Existe- il :

1 / ___ / un ticket modérateur ?

Quel est le taux ou montant du ticket modérateur ? / _____ /

2 / ___ / un plafond de prise en charge ?

Quel est le niveau du plafond ? / _____ / F.CFA

3 / ___ / une franchise(déductible) ?

Quel est le montant de la franchise ? / _____ / F.CFA

24- Existe-t-il un système de référence obligatoire ?

1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

Si oui, comment fonctionne-t-il ? _____

25- Quel est le mécanisme de paiement des prestataires ? Est-ce par :

1 / ___ / paiement à l'acte ?

2 / ___ / capitation

3 / ___ / budget global

4 / ___ / paiement par épisode de maladie

5 / ___ / par indemnité journalière

6 / ___ / par le salaire(traitement)

7 / ___ / autre : _____

26- Votre institution exploite t'elle à son comptes, une pharmacie ou un établissement de santé ? 1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

Si oui, quelle est sa nature ? _____

27a- L'IPM développe ou participe t'elle des activités de sensibilisation ou d'information dans un but de prévention des maladies ?

1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

27b- Si oui, donnez trois exemples selon l'ordre de leur fréquence ? :

1) _____

2) _____

3) _____

28a- Les malades ayant une assurance maladie complémentaires bénéficient-ils des mêmes conditions de prise en charge que les autres bénéficiaires ? 1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

Si non, pourquoi ? : _____

28b- Quelles sont dans ce cas, les conditions particulières pour ces malades ? _____

29- Y a t'il une politique mise en place pour inciter les bénéficiaires à recourir à l'offre publique de soins ? 1 / ____ / Oui 2 / ____ / Non

Si oui, en quoi consiste cette politique ? _____

30- Y a t'il une politique mise en place pour inciter les praticiens à prescrire des médicaments génériques et ou essentiels ?

1 / ____ / Oui 2 / ____ / Non

Si oui, en quoi consiste cette politique ? _____

31- Disposez-vous d'une liste de prestataires agréer ?

1 / ____ / Oui 2 / ____ /

Si oui, quels sont les critères de choix des prestataires agréés ? _____

32a- Y a t'il eu des cas où les malades ont eu recours à des praticiens non agréés ? 1 / ____ / Oui 2 / ____ / Non

32b- L'IPM prend t'elle en charge ces prestations ?

1 / ____ / Oui 2 / ____ / Non

Si non, pourquoi ? _____

33-La liste des prestataires comporte t'elle des :

1 / ____ / dispensaires/ PMI / poste de santé publics ?

2 / ____ / dispensaires/ poste de santé privés?

3 / ____ / centre de santé publics ?

4 / ____ / centres de santé privés ?

5 / ____ / hôpitaux publics ?

6 / ____ / hôpitaux privés ?

7 / ____ / autre : _____

34- L'IPM prend t'elle en charges les actes et prescriptions des auxiliaires de santé (infirmiers/ sages-femmes / etc...) ?

1 / ____ / Oui 2 / ____ / Non

Si non, pourquoi ? _____

35- Quelles sont les prestations couvertes et les taux de prise en charge ? _____

LES DEPENSES DE L'IPM

36- Quel est le montant total des charges de l'IPM ? / _____ /FCFA

37- Quel est le montant total des dépenses de santé ? / _____ /FCFA

38- Quel est le montant totale de la consommation médicale des bénéficiaires ayant une assurance complémentaire ? / _____ /FCFA

39- Quel est le montant des charges de fonctionnement ? / _____ /F

40- Quel est le montant total des cotisations non recouvrées en fin d'exercice ? / _____ /FCFA

41- Quel est le montant des quote-part non recouvrée en fin d'exercice ? / _____ /FCFA

42- Les cotisations sont-elles versées régulièrement par l'adhérent? 1 / _____ / Oui 2 / _____ / Non

Si non, pourquoi ? : _____

43a- De combien de temps dispose un adhérent pour reverser à l'IPM, la quote-part des participants ? / _____ /

43b- Ce délai est-il respecté ? 1 / _____ / Oui 2 / _____ / Non
Si non, pourquoi ? : _____

44a- Quel est le montant des créances irrécouvrables ? / _____ /F

44b- Quelles sont les raisons de cette perte ? : _____

45- Quel est le montant total des dépenses effectuées pour des soins fournis par des

1 / _____ / structures publiques ? / _____ /FCFA

2 / _____ / structures privées ? / _____ /FCFA

46a- Pensez-vous que les cotisations sont suffisantes pour couvrir l'ensemble de vos charges ? 1 / _____ / Oui 2 / _____ / Non

Si non, pourquoi ? _____

46b- Dans ce cas, que faites vous ou que comptez-vous faire pour obtenir l'équilibre financier ? _____

LES MECANISMES DE CONTROLE

47- Quel est le mode d'identification des bénéficiaires ?

1 / _____ / un carnet de santé?

2 / _____ / un numéro matricule

3 / _____ / une carte de bénéficiaire ?

4 / _____ / des photos ?

5 / _____ / il n'y a pas de mécanisme d'identification

6 / _____ / autre : _____

48- L'identité du bénéficiaire est-elle vérifiée par le prestataire avant toute fourniture de soins ? 1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

49- Pouvez-vous décrire l'itinéraire de prise en charge d'un bénéficiaire malade ?

50a- Avez vous identifié des cas de fraudes ? 1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

50b- Si oui, les auteurs de ces cas de fraudes étaient-ils :

1 / ___ / des participants et leurs familles ?

2 / ___ / des adhérents ?

3 / ___ / des prestataires ?

4 / ___ / des membres des instances dirigeantes(/ Conseil

5 / ___ / le gérant ?

6 / ___ / autre : -----

50c- Ces cas de fraudes étaient-ils dus à

1 / ___ / une utilisation des services par des personnes n'ayant *pas* droit aux prestations des IPM ?

2 / ___ / une utilisation des services par des personnes n'ayant *plus* droit aux prestations des IPM ?

3 / ___ / des soins fictifs facturés sans la complicité du prestataire?

4 / ___ / des soins fictifs facturés avec la complicité du prestataire?

5 / ___ / un détournement de fonds ?

6 / ___ / autre : -----

50d- Quel est le nombre total de cas de fraudes identifiés ? / ___ /

50e- A combien estimez vous les pertes dues à la fraude ? / ___ / F

51- Quelles sont les sanctions prises à l'endroit des fraudeurs ?

52- Comment se fait le contrôle des prestataires ?

1 / ___ / Il n'y aucun mécanisme de contrôle

2 / ___ / Par un médecin conseil

3 / ___ / Autre : -----

53- Quelles sont les dispositions prises pour lutter contre les fraudes ?

54- L'IPM bénéficie t'elle des services d'un commissaire aux comptes ?

1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

Si oui, le commissaire aux comptes est-il

1 / ___ / un participant élu ?

2 / ___ / un participant désigné ? Par qui : _____

3 / ___ / externe ?

55a- Parmi les participants, y a-t'il des femmes mariées ?

1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

Si oui,

55b- Ces femmes bénéficient-elles de la couverture de l'IPM ?

1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

55c- Prennent-elles en charge leurs progénitures ? 1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

Si non, pourquoi ? _____

55d- Prennent-elles en charge leurs époux ? 1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

Si non, pourquoi ? _____

56- Quelles sont les procédures à suivre pour être membre de IPM ?

57- Est-il arrivé que les employés d'une entreprise membre de votre IPM Inter-entreprise soient plus malades que les autres participants ?

1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

- Si oui à quoi cela est-il dû ? _____

- Et quel est le nombre de participants de cette entreprise ? / ___ /

ORGANISATION ET GESTION DE L'IPM ?

58- L'IPM Participe t'elle à un système de réassurance ?

1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

-Si non, pourquoi ? _____

-Si oui, Quel est l'organisme de réassurance ? _____

59- L'IPM dispose t'elle à un fonds de garantie ? 1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

-Si non, pourquoi ? _____

-Si oui, comment se fonds est-il alimenté ? _____

60- Quel est le nombre total de personnes employées par l'IPM ? / ___ /

61- Quelles sont les fonctions occupées par chaque employé ?

1) / _____ / 2) / _____ / 3) / _____ /

4) / _____ / 5) / _____ / 6) / _____ /

61- Tous les organes du l'IPM fonctionnent-ils correctement ?

1 / ___ / Oui 2 / ___ / Non

Si non, pourquoi ? _____

62- Quel (le) est le nombre ou la fréquence des rencontres du

1-collège des représentants / _____ /

2-Conseil d'Administration / _____ /

3-Bureau Exécutif / _____ /

63- Quel est le taux de présence aux réunions du

1-collège des représentants / _____ /

2-Conseil d'Administration / _____ /

3-Bureau Exécutif / _____ /

64 Comment intervient l'employeur dans la gestion de l'IPM ?

1 / ____ / Il s'implique personnellement.

2 / ____ / Il délègue certaines personnes pour le représenter.

3 / ____ / Il n'intervient pas. Pourquoi ? _____

65- Votre IPM entretient-elle des relations avec d'autres organismes ?

1 / ____ / Oui 2 / ____ / Non

-Si oui, quels sont ces organismes ? _____

-Et quelle est la nature de ces relations ? _____

66- En cas de contentieux quelles sont les mécanismes de règlement que vous avez utilisés ?

68- Quelle est la formation de base ou le niveau de formation du

1-Président de l'IPM / _____ /

2-Secrétaire Général / _____ /

3-Trésorier Général / _____ /

4-Gérant / _____ /

67a- Quelle est le nombre annuel des formations continues auxquelles les membres de l'IPM ont participé ? _____ / _____ /

67b- Quels sont les organismes formateurs ? _____

67c- Pouvez-vous nous donner quelques thèmes discutés lors de ces sessions de formations ? _____

68- Avez vous connus, par le passé, des difficultés ayant ralenties ou arrêté vos activités ? 1 / ____ / Oui 2 / ____ / Non

- Si oui, quelle était la nature de ces difficultés ? _____

- Quelles ont été les solutions préconisées pour sortir de ces difficultés ?

69a- Quelles sont les difficultés actuelles que vous rencontrez ?

Que comptez vous faire pour les surmonter ces difficultés actuelles ?

Annexe n°3 : Les conditions d'adhésions et de prise en charge

IPM	Conditions d'adhésion		Qualité des ayant droits			Taux de prise en charge					
	Prime d'adhésion	Temps d'observation	Enfants	Epouses	Epoux	Consult., soins et analyses	Soins dentaires	Séjours hospitalier	Accouchement	Optiques	Médicaments
SYPAOA	7 000 F+ 2 mois de cotisations	2 mois non rigide	≤ 22 ans*	≤ 4	Pas pris en charge	50 à 70% plafonné à 60 000F	50% plafonné à 60 000F	Forfait de 5000/Jour plafonné à 60 jours	60% plafond à 60 000F	Forfait de 5 000 F /paire	Privés : 50% Publics : 60%
SENTENAC	70 000 F+3 mois de cotisations	3 mois non rigide	≤ 22 ans*	≤ 4	Pas pris en charge	50%	50%	Forfait de 4 500 F/jour	50%	Forfait de 4 500 F /paire	50%
BOKK	3 mois de cotisations	3 mois non rigide	≤ 22 ans	≤ 4	Pas pris en charge	50%	50%	Forfait de 5 000 F/jour	Forfait de 20 000 F	Forfait de 6 000 F /paire	50%
TRANSIT	20 000 F+2 mois de cotisations	2 mois rigide	≤ 22 ans	≤ 4	Pas pris en charge	60 à 80%	65%	Forfait de 7 000 F/jour	Forfait de 25 000 F	Forfait de 20 000 F /paire	60%
FAGGARU	20 000 F+2 mois de cotisations	2 mois non rigide	≤ 22 ans	≤ 4	Ne pas être membre d'1 autre IPM	Franchise de 5 000 F	Franchise de 5 000 F	Forfait de 4 000 F/jour	Forfait de 10 000 F	Forfait de 2 000 F /paire	Franchise de 5 000 F
POSTE	0 F	0	≤ 22 ans*	≤ 4	Pas pris en charge	-Agréés : 65 à 70% -Non agréés : 40%	65%	70%	Forfait de 25 000 – 50 000 F	Forfait de 5 000 à 15000/paire	40%

Annexe n°3 : Les conditions d'adhésions et de prise en charge (Suite)

IPM	Conditions d'adhésion		Qualité des ayant droits			Taux de prise en charge					
	Prime d'adhésion	Temps d'observation	Enfants	Epouses	Epoux	Consult., soins et analyses	Soins dentaires	Séjours hospitalier	Accouchement	Optiques	Médicaments
RTS	0 F	0	≤ 22 ans	≤ 4	Pris en charge	50%	50%	Forfait de 4 800 F/jour	Forfait de 17 500 F	Forfait de 2 000 F/paire	50%
SOFITEL	0 F	0	Pas de limite d'âge	≤ 4	Pas pris en charge	50%	50%	Forfait de 2 000 F/jour	50%	Forfait de 4 000 F/paire	50%
SODIDA	3 mois de cotisations	3 mois non rigide	≤ 21 ans	≤ 4	Pas pris en charge	50%	50%	50%	Forfait de 20 000 F	Forfait de 20 000 F/paire	50%
MBARUM	30 000F + 3 mois de cotisations	3 mois non rigide	≤ 18 ans	≤ 4	Pris en charge	60%	50%	60%	Forfait de 15 000 F	Forfait de 7 500 F/paire	60%
FAGGU	2 mois de cotisations	2 mois rigide	≤ 22 ans	≤ 4	Pas pris en charge	60%	60%	Forfait de 2 500 F/jour	Forfait de 12 500 F	Forfait de 2 200 F/paire	60%
MERIDIEN	0 F	3 mois rigide	≤ 22 ans	≤ 4	Pas pris en charge	60%	60%	Forfait de 5 370 F/jour	Forfait de 40 000 F	Forfait de 25 000 F/paire	50%
SGBS	10 000F	0	≤ 22 ans*	≤ 4	Ne pas être membre d'1 autre IPM	50%	50%	Forfait de 8 950F/jour	50%	75%	75%

Annexe n°4: QUELQUES ELEMENTS DU COMPTE D'EXPLOITATION (en F.CFA)

IPM	Charges en prestation	Charges de Fonctionnement		Charges diverses	Total des Charges	Cotisations	Droits d'adhésions	Total produits avant subvention d'exploitation	Total produits après subvention d'exploitation
		Dotation aux amortissements	Autres charges de fonctionnement						
SYPAOA	115 126 659	2 646 612	26 201 256	164 249	144 138 776	142 054 300	6 790 000	149 596 544	149 596 544
SENTENAC	66 228 256	1 882 988	22 582 726	2 687 601	93 381 571	98 484 591	1 740 000	100 348 451	100 348 451
BOKK	50 711 455	480 000	11 992 148	890224	64 073 827	67 551 922	0	69 836 217	69 836 217
TRANSIT	204 346 964	0	50 427 063	nd	254 774 027	256 148 216	1 540 000	265 944 989	265 944 989
FAGGARU	9 000 000	0	3 000 000	nd	12 000 000	14 400 000	0	14 400 000	14 400 000
MBARUM	112 334 451	2 426 536	15 753 829	6 231 179	136 745 995	143 005 710	2 328 000	146 000 710	146 700 710
POSTE	124 235 946	1 392 273	17 059 841	3 410 572	146 098 632	155 106 892	0	155 106 892	156 947 302
SGBS	79 247 834	0	0	0	79 247 834	66 728 037	70 000	68 860 866	71 360 866
MERIDIEN	22 053 788	480 600	4 056 806	0	26 591 197	26 855 528	0	26 855 528	26 855 528
RTS	20 207 346	0	11 937 111	nd	32 144 457	43 836 202	0	43 836 202	43 836 202

Annexe n°5: QUELQUES ELEMENTS DU BILAN (en F.CFA)

IPM	Avoirs disponibles	Réserves		Dettes Prestataires	Total des dettes à court terme	Montant total des dettes	Quotes-parts perçues	Quotes-parts attendues
		Année antérieure	Résultats de l'exercice					
SYPAOA	22 265 951	47 932 823	5 457 768	39 221 072	40 594 141	40 594 141	130 068 725	184 403 738
SENTENAC	23 903 648	36 669 238	6 966 880	9 077 746	9 654 646	9 654 646	101 167 626	117 182 987
BOKK	1 955 551	11 033 645	5 762 390	34 296 559	34 424 394	34 552 229	48 975 122	83 230 798
TRANSIT	33 792 410	88 194 247	11 170 962	136 329 200	136 329 200	136 329 200	136 231 309	314 457 229
FAGGARU	nd	0	2 400 000	nd	nd	nd	7 000 000	14 200 000
MBARUM	nd	nd	9 254 715	nd	nd	nd	103 000 549	Nd
POSTE	22 025 478	49 549 373	10 848 870	239 076 136	242 740 338	242 740 338	46 597 446	226 414 906
SGBS	17 552 000	71 287 000	-7 886 968	49 951 968	49 951 968	49 951 968	100 198 915	128 998 915
MERIDIEN	21 416 013	41 536 048	264 331	5 340 399	5 550 134	6 585 814	15 499 513	33 250 337

Annexe n°6: VALORISATION DES COÛTS CACHÉS

IPM	Éléments des coûts cachés	coûts cachés valorisés (FCFA)
SYPAOA	Aucun	0
BOKK	Aucun	0
TRANSIT	Aucun	0
FAGGARU	Aucun	0
MBARUM	Aucun	0
SENTENAC	Bureau, mobilier, électricité	1 200 000
POSTE	Personnel (3), bureaux, électricité, téléphone, mobilier, acheminement courriers, véhicules	12 824 450
SGBS	Personnel (2), bureaux, électricité, téléphone, mobilier, fournitures de bureau,	6 155 000
MERIDIEN	Bureau, mobilier, Téléphone, électricité	1 160 000
RTS	Bureau, mobilier, Téléphone, électricité, Corps médical de l'entreprise	3 402 000

Annexe n°7: LA MATRICE DE CORRELATION

	DMPP	CCV	INCI.PUB	M.RÉC.QP	NB.ADHÉR	NB.AG.AN	PRIM.ADH	R.CDÉP	R.COAG	R.S
DMPP	1,00									
CCV	0,86	1,00								
INCI.PUB	-0,45	-0,31	1,00							
M.RÉC.QP	0,43	0,51	-0,17	1,00						
NB.ADHÉR	-0,31	-0,52	0,22	-0,79	1,00					
NB.AG.AN	-0,02	0,28	0,35	0,35	-0,33	1,00				
PRIM.ADH	-0,34	-0,40	0,55	-0,53	0,81	-0,25	1,00			
R.CDÉP	-0,72	-0,49	-0,02	0,18	-0,21	0,12	-0,11	1,00		
R.COAG	-0,07	-0,40	-0,27	-0,54	0,39	-0,94	0,19	-0,20	1,00	
R.S	0,07	0,32	0,25	-0,51	-0,31	0,95	-0,20	-0,16	-0,98	1,00
RÉGU.COT	-0,01	0,28	0,47	0,47	-0,35	0,17	0,26	0,19	-0,37	0,23
RE	-0,21	-0,59	0,07	-0,46	0,47	-0,84	0,39	-0,16	0,90	-0,85
SUBV	0,58	0,83	0,01	0,54	-0,50	0,77	-0,38	-0,30	-0,81	0,78
RFF	-0,38	-0,59	0,01	-0,59	0,42	-0,88	0,38	0,04	0,92	-0,94
TX.RQP	-0,76	-0,50	0,64	-0,58	0,33	0,39	0,34	0,30	-0,20	0,18
TX.FP	-0,15	-0,50	-0,15	-0,65	0,54	-0,89	0,32	-0,23	0,98	-0,93
TX.P.AG	0,42	0,56	-0,09	-0,09	-0,30	-0,26	-0,16	-0,46	0,27	-0,41

	RÉGU.COT	RE	SUBV	RFF	TX.RQP	TX.FP	TX.P.AG
RÉGU.COT	1,00						
RE	-0,22	1,00					
SUBV	0,25	-0,86	1,00				
RFF	-0,13	0,90	-0,91	1,00			
TX.RQP	-0,01	-0,11	-0,12	0,06	1,00		
TX.FP	-0,43	0,93	-0,84	0,92	-0,08	1,00	
TX.P.AG	0,26	0,02	0,19	0,21	-0,12	0,16	1,00

**Annexe n°8: Indicateurs de viabilité financière sous l'hypothèse
d'une application du taux maximum de cotisations légal**

IPM	Cotisations Annuelles F.CFA	Nombre de Participants	Cotisations Maximum légal F.CFA	Charges totales F.CFA	Résultats F.CFA	REq.G	RS
SYPAOA	142 054 300	2 100	90 720 000	144 138 776	-53 418 776	62,94%	126,90%
SENTENAC	98 484 591	1 114	48 124 800	93 381 571	-45 256 771	51,54%	137,62%
BOKK	67 551 922	1 250	54 000 000	64 073 827	-10 073 827	84,28%	93,91%
TRANSIT	256 148 216	1 369	59 140 800	254 774 027	-195 633 227	23,21%	345,53%
FAGGARU	14 400 000	200	8 640 000	12 000 000	-3 360 000	72,00%	104,17%
MBARUM	143 005 710	1 800	77 760 000	136 745 995	-58 985 995	56,86%	144,46%
POSTE	155 106 892	1 450	62 640 000	146 098 632	-83 458 632	42,88%	198,33%
SGBS	66 728 037	397	17 150 400	79 247 834	-62 097 434	21,64%	462,08%
MERIDIEN	26 855 528	255	11 016 000	26 591 197	-15 575 197	41,43%	200,20%
RTS	43 836 202	571	24 667 200	32 144 457	-7 477 257	76,74%	81,92%