



**ISMS**

Institut Supérieur de Management en Santé

**DSES**

Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en  
Economie de la Santé

**Mémoire de fin d'études**

**Thème**

Analyse de l'Evolution des Dépenses de Santé aux  
Industries Chimiques du Sénégal (ICS) de 1999 à 2004

**Présenté par**

Dr Ndeye Ndella Ndiaye  
Konaté Gningue  
Docteur en Médecine

**Sous la direction :**

Pr El Hadj Gueye  
Chef de département Economie  
de la Santé -.ISMS-CESAG

## DEDICACES

### Ce mémoire est dédié à :

- **A Mes Parents** pour leur soutien incommensurable et inconditionnel
- **A Mon Mari** pour son amour et son soutien permanent qui m'ont aidé à surmonter les difficultés et décupler mon ardeur au travail
- **A MES ENFANTS** : Ousmane, Mandiaye, Ibrahima pour leur tendresse et leur dévouement qui m'ont permis d'allier études et travail
- **A MES SŒURS ET FRÈRES** pour leur soutien et leur affection

- ***Mme Faye ; Service Médical Chimie***
- ***Mrs Abdou Boury Thiam,; Service Formation- ICS***
- ***Mrs Cheikh Fall ; , Service Formation- ICS***
- ***Mme Gaye; Service Formation- ICS***
- ***Mrs Kandji; Service Formation- ICS***
- ***Mme Mbaw Gueye ; direction contrôle et organisation- ICS***
- ***Mme Thieyacine Wade ; IPM- ICS***
- ***Mr Aris. SOSAR AL AMANE***
- ***Mme Diouf Ndella SOSAR AL AMANE***

Tous ceux qui directement ou indirectement ont contribué à l'élaboration de ce travail qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude

## LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1 : évolution des effectifs de l'entreprise de 1999 à 2004
- Graphique 2 : répartition des effectifs par catégories socio professionnelles
- Graphique 3 : évolution des dépenses globales des services médicaux des ICS de 1999 à 2004
- Graphique 4 : répartition des dépenses d'investissement en fonction des sites
- Graphique 5 : évolution des dépenses de fonctionnement de 1999 à 2004
- Graphique 6 : répartition des dépenses de fonctionnement selon les sites
- Graphique 7 : évolution des dépenses de la couverture assurance de 1999 à 2004
- Graphique 8 : évolution des primes versées de 1999 à 2004
- Graphique 9 : évolution des dépenses effectuées par la SOSAR de 1999 à 2004
- Graphique 10 : répartition des dépenses en fonction de la nature du sinistre

## **LISTE DES FIGURES**

- Figure 1 : Organigramme et fonctionnement des ICS
- Figure 2 : modèle théorique

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## SIGLES et ABREVIATIONS

**CEDEAO** = Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest

**CSPT** = Compagnie Sénégalaise des Phosphates de Taïba

**CSS** = Compagnie Sucrière Sénégalaise

**DSM** = Direction Site Mine

**DSA** = Direction Site Acide

**DSE** = Direction Site Engrais

**EPS** = Etablissements Publics de Santé

**ICS** = Industries Chimiques du Sénégal

**IPM** = Institut de Prévoyance Maladie

**OIT** = Organisation Internationale du Travail

**ONG** = Organisation Non Gouvernementale

**ONU** = Organisation des Nations Unies

**PEV** = Programme Elargi de Vaccination

**PIB** = Produit Intérieur Brut

**POIR** = Plan Opérationnel Interne de Relance

**PNB** = Produit National Brut

**PNT** = Programme National de lutte contre la Tuberculose

- PNLP** = Programme National de Lutte contre le Paludisme
- PMA** = Pays les Moins Avancés
- PRA** = Pharmacie Régional d'Approvisionnement
- SEFICS** = Société d'Exploitation des chemins de Fer des ICS
- SENCHEM** =Sénégal- Chimie (société de commercialisation des productions des ICS
- SIDA** = Syndrome d'Immunodéficience Acquis
- SONATEL** = Société Nationale de Télécommunication
- SOSAR** = Société Sénégalaise d'Assurance et Réassurance

# **TABLES DE MATIERES**

Pages

Liste des graphiques-----	<b>I</b>
Liste des figures-----	<b>II</b>
Sigle et abréviations-----	<b>III- IV</b>

## **Introduction générale**-----1-3

### **Chapitre 1** : Problématique et objectifs de l'étude

1. problématique-----	4-6
2. objectif de l'étude-----	6
2.1 Objectif général -----	6
2.2 Objectifs spécifiques -----	6

### **Chapitre 2** : cadre général : le Sénégal

1. situation géographique -----	7
2. situation démographique -----	7
3. situation socioculturelle -----	8
4. situation économique -----	8
5. situation épidémiologique -----	8
6. situation sanitaire -----	8-10

### **Chapitre 3** : cadre opérationnel: les ICS

1. historique -----	11-12
2. organigramme et fonctionnement -----	13-16

## **Chapitre 4**: Etat des connaissances

1. La Médecine d'entreprise -----17-18
2. La couverture maladie des employés: -----18-23
  - a) L'assurance maladie obligatoire : historique- principes -----18-20
  - b) Les institutions de Prévoyance Maladie (IPM) : naissance et évolution -----21-22
  - c) La caisse de sécurité sociale -----23

## **Chapitre 5**: modèle théorique et hypothèses de recherche

1. modèle théorique -----24-25
2. hypothèse de recherche -----26

## **Chapitre 6** : méthodologie de la recherche

1. Stratégie de la recherche-----27
2. Collecte des données-----27
3. Limites de l'étude-----28
4. Plan d'analyse-----28

## **Chapitre 7** : Résultats

1. Description de la prise en charge des soins de santé des employés -----29-30
2. Présentation et analyse des résultats -----31-45
3. Résultats -----46-47

## **RECOMMANDATIONS**-----48-49

## **CONCLUSION** -----50

## **BIBLIOGRAPHIE**-----51-52

## **ANNEXES**-----53-59

## **Introduction générale**

La santé a été et demeurera de tout temps, ainsi qu'en tout lieu un « bien inestimable ». Il importe à tous et pour tous d'œuvrer à sa restauration, son maintien et surtout à son amélioration en continu.

La santé n'est pas seulement importante pour le bien être des individus, des familles et des communautés ; elle constitue aussi un puissant outil pour atteindre le développement social et économique.

Selon Koffi Annan, ancien secrétaire général de l'ONU « œuvrer ensemble pour la santé n'est pas seulement une question de charité, mais une bonne décision sur le plan économique »

Des travaux de recherches dirigés par JEFFREY SACHS, économiste à l'université de Harvard, ont montré que les répercussions économiques des problèmes de santé sont bien plus graves qu'on ne l'avait estimé auparavant.

Le financement de la santé ne devrait-il pas permettre de mobiliser durablement les ressources nécessaires à la mise en place des mesures de prévention et de prise en charge médicale répondant aux besoins prioritaires des populations.

L'accent a été alors mis sur la recherche de sources alternatives de financement et la mise en place de divers mécanismes de couverture du risque maladie.

Les différentes sources de financement des soins dans nos pays en voie de développement sont publiques (budget de l'état), parapubliques (cotisations sociales), privées (paiement direct, mutuelles volontaires, assurances privées).

Au Sénégal, les éléments qui interviennent dans le financement de la santé (synthèse des études relatives au financement de la santé par Robin Barlow, François Pathé Diop et NGoné Touré Séné, 1991) sont les suivants :

- le ministère des finances qui alloue un budget au ministère de la santé publique et de la prévention médicale et à quelques autres ministères (Défense, Education) pour le fonctionnement des services de santé de l'état

- les communes et communautés rurales qui utilisent leurs propres fonds pour soutenir leurs services de santé
- les cellules locales d'Associations pour la promotion de la santé qui sont liées chacune à un centre de santé
- certaines entreprises privées et publiques qui offrent directement à leurs employés et à ceux qui sont à leur charge des services de santé gratuites ou subventionnés
- divers régimes d'assurances et formules de caisses de contribution sociale
- les bailleurs de fonds étrangers gouvernementaux et non gouvernementaux

Malgré des efforts importants consentis à la santé, les problèmes d'accessibilité aux structures sanitaires se posent toujours.

Par ailleurs, pour pallier entre autres aux pertes énormes engendrées par l'absentéisme, les employeurs ont créé au sein des entreprises un service médical pour non seulement faire de la prévention comme le leur impose la législation en médecine du travail mais aussi prodiguer des soins curatifs aux agents à leurs familles et parfois à la population environnante.

Aujourd'hui, la médecine d'entreprise limitée au départ à la surveillance de la santé de travailleurs) a évolué vers « la santé au travail » (surveillance conjointe des conditions et du milieu de travail ainsi que de la santé des travailleurs) qui est mieux adaptée à la réalité de l'entreprise car prenant en compte d'autres préoccupations comme l'hygiène, la sécurité et la maîtrise des coûts. C'est le cas des grandes entreprises sénégalaises comme les ICS, CSS, SONATEL, etc....

Notre étude s'intéresse au cas des ICS qui sont l'un des plus importants complexes industriels du Sénégal qui emploie 2500 agents avec un capital de 130 milliards de francs CFA. Elle occupe une place prépondérante dans

l'économie du Sénégal voire même de la sous région du fait des activités qui y sont menées.

C'est une étude rétrospective étendue sur une période cinq (05) ans allant de 1999 à 2004 et consiste à analyser l'évolution des dépenses de santé des ICS.

Cette analyse coïncide avec une restructuration de la société ; elle intervient au moment où d'importantes réformes touchent la gestion de l'entreprise.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

# **Chapitre 1 : Problématique et Objectifs de l'étude**

## **1. Problématique**

L'entreprise peut être définie comme l'activité d'une personne ou d'un groupe de personnes qui travaille pour fournir des biens ou des services à des clients.

Parmi les différents buts possibles pour une entreprise, la recherche du bénéfice occupe une place importante. Le bénéfice de l'entreprise est avant tout la rémunération du capital investi.

Si une entreprise ne génère pas de profit suffisant, sa réputation se ternit et elle n'attire plus les investisseurs. Sa capacité de développement voire sa survie peut être remise en cause.

Les industries chimiques du Sénégal créées en 1984 sont le fruit de la coopération Sud -Sud. C'est le plus grand complexe industriel du Sénégal avec un capital de 130 milliards de francs.

Depuis sa création les ICS n'ont cessé de se développer : c'est l'entreprise qui a le plus fort potentiel exportateur puisque totalisant à elle seule plus de 15% de l'ensemble des exportations du pays. Le capital social des ICS a toujours eu une évolution croissante.

Le projet de création de l'entreprise a démarré en 1976 avec un capital de 100 millions de francs CFA qui a ensuite été porté à :

- 225 millions en 1977
- 21,3 milliards en 1980
- 24,4 milliards en 1981
- 32,2 milliards en 1988
- 48,8 milliards en 1991
- 55 milliards en 1996
- 115 milliards en 1998
- 130 milliards en 2004

Les différents plans de redressement se sont surtout traduits par des investissements financiers et une augmentation régulière du capital dans le but d'améliorer la performance de la production. Les ICS produisent de l'acide, du phosphate, de l'engrais.

Elle emploie 2500 travailleurs répartis sur :

- Trois (03) sites
- DSM : site minier
- DSA : site acide
- DES : site engrais et services centraux)
  - Deux (02) filiales
- SENCHIM
- SEFICS
- Un (01) Terminal Portuaire : DAPL

Le site minier produit du phosphate qui sera utilisé par le site acide pour fabriquer de l'acide phosphorique. A partir de l'acide, le site engrais produit de l'engrais. SENCHIM est une filiale des ICS qui commercialise l'engrais et fait du phytosanitaire. Quant au terminal portuaire, il est chargé de recevoir les matières premières et d'expédier les produits marchands.

Il existe différentes sources de financement de la santé des travailleurs des ICS :

- un système d'assurance maladie privée pour les cadres et agents de maîtrise supérieure
- un système d'IPM pour les autres travailleurs
- une caisse de solidarité sociale pour les prestations exclues des Assurances et IPM et la compensation des pertes de salaires

Chaque site possède un service médical dirigé par un médecin du travail avec son équipe. Ainsi, le site a son propre système de santé fonctionnant sous l'autorité de la direction du site.

Du point de vue des enjeux, depuis 2003, les ICS font face à de grosses difficultés structurelles de trésorerie ; elle connaît des dettes très importantes envers les bailleurs, les fournisseurs et les banques.

C'est ainsi que la direction générale a mis en place un plan opérationnel interne de relance (POIR) 2005-2010 afin d'identifier les gisements d'économie.

C'est dans ce contexte marqué par la rareté des ressources que les dépenses de santé méritent d'être analysées bien que représentant une part faible des charges de la société, et ce, dans l'objectif d'arriver à une maîtrise des coûts et éventuellement de détecter des gisements d'économie.

Ces dépenses en santé de la société ont-elles augmenté ?

Quelles sont les causes de cette hausse ?

Comment maîtriser les dépenses et ensuite les rationaliser ?

Nous pensons que les résultats de cette étude devront permettre d'améliorer la gestion des dépenses en santé ainsi que le suivi et l'évaluation de l'impact de ces dépenses sur la santé des travailleurs.

## **2. les objectifs de l'étude**

### **1.1. Objectif général**

Contribuer à la maîtrise des dépenses de santé

### **1.2 Objectifs spécifiques**

- Étudier les facteurs qui déterminent la hausse des dépenses
- Déterminer les facteurs de non maîtrise des dépenses de santé (assurance, IPM, services médicaux).

## **Chapitre 2 : cadre général : le Sénégal**

Le Sénégal est un pays de l'Afrique de l'Ouest de longue tradition démocratique. On note plus d'une cinquantaine de partis politiques à côté d'organisations de la société civile. Ces dernières années, il a été noté, un développement remarquable de la presse privée, du mouvement associatif et des ONG.

En 1996, le Gouvernement a renforcé sa politique de décentralisation et les domaines de compétence réservés aux collectivités locales sont : la santé, l'éducation, l'environnement, l'habitat et l'urbanisme, la jeunesse et le sport.

Cette nouvelle organisation vise à rapprocher l'administration des administrés afin d'assurer une meilleure prise en compte des problèmes socio économiques qui les concernent.

### **1. situation géographique**

D'une superficie de 197 000 km<sup>2</sup>, le Sénégal occupe l'extrémité la plus occidentale du continent africain. Il est limité à l'ouest par l'océan Atlantique, au nord par la Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la Guinée et Guinée Bissau. Il est divisé en 11 régions administratives dont les chefs lieux sont les principales grandes villes (Dakar, Diourbel Fatick, Kaolack, Kolda, Louga, Matam, Saint-louis, Tambacounda, Thiès, Ziguinchor)

### **2. situation démographique**

Le Sénégal compte 10,5 millions d'habitants en 2005. Sa population est relativement jeune avec 47% de moins de 15 ans et 57% de moins de 20ans. Sa densité est de 55 habitants au km<sup>2</sup>, son taux d'accroissement annuel est de 2,7%. Plus de 60% de la population vivent en zone rurale.

### 3. situation socioculturelle

. Sa population se divise en une douzaine de groupes ethniques, dont les principaux sont les wolofs (35%), les sérères (20%), les Peulhs (15%), les Toucouleurs (10%), les Diolas (8%). L'Islam est la religion dominante, pratiqué par plus de 90% de la population ; environ 5% sont chrétiens mais le fond animiste reste vivace.

### 4 .Situation économique

Le Sénégal fait partie de la zone CEDEAO. Le PNB/habitant est de 782,3 USD ce qui classe le Sénégal dans le groupe des PMA (06/02/06 Minefi DGTPE).

L'économie est basée essentiellement sur l'agriculture mais le pays est loin de l'autosuffisance alimentaire. Au cours de la période 2000-2004, l'économie sénégalaise a connu une croissance relativement élevée avec un taux moyen du PIB de 5,5. Cette croissance repose largement sur la dynamique des activités du secteur tertiaire (commerce, télécommunication,).

### 5. Situation épidémiologique

Le taux de mortalité au Sénégal est estimé à 18 pour mille en 1999 et l'espérance de vie à la naissance à 51 ans pour les hommes et 53 ans pour les femmes. Le taux d'utilisation des services au niveau national pour la consultation primaire curative est d'environ 25% (source annuaire 2005).

### 6. Situation sanitaire

L'état sénégalais a défini la politique nationale de santé dans la constitution et il la met en œuvre depuis l'indépendance à travers des plans quinquennaux.

Il est garant de la santé des populations

A la fin des années 1990, il a élaboré en collaboration avec les partenaires au développement, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 1998-2003) qui est actuellement dans sa deuxième phase (2004-2008).

Le système de Santé du Sénégal se présente sous forme pyramidale à trois niveaux : l'échelon périphérique (district), l'échelon régional (région médicale) et l'échelon central.

- *l'échelon périphérique* correspond au district sanitaire : le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et des postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie de département. Chaque district est géré par un médecin-chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les communautés rurales ou les villages et sont gérés par des infirmiers ; ils polarisent au niveau rural des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités rurales). Le Sénégal compte 63 districts sanitaires polarisant 64 Centres de Santé, 888 postes de santé, 2000 cases de santé et 476 maternités rurales.
- *l'échelon régional* correspond à la région médicale et comprend 11 régions médicales. C'est la structure de coordination du niveau régional ou intermédiaire et elle correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de service rattachés à la région médicale. Au niveau de chaque région, la référence régionale est représentée par un hôpital ou EPS de niveau 2.
- *L'échelon central* ou national : il comprend outre le cabinet du ministre, les 7 directions et services rattachés, les 7 Hôpitaux nationaux ou établissements publics de santé de niveau 3. Hormis le Programme élargi de vaccination qui est logé à la Direction de la Prévention Médicale, la Direction de la Santé coordonne tous les programmes de Santé dont la Division SIDA/IST, le Programme National de Lutte contre la

Tuberculose (PNT) et le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), érigée en Etablissement Public de Santé (EPS), est chargée de l'achat des médicaments et produits sur le marché international, de la gestion et de la distribution au niveau périphérique par l'intermédiaire des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA).

Le Secteur Privé joue un rôle important dans le dispositif de santé. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Ce secteur privé dispose : d'un hôpital, de 24 cliniques, de 414 cabinets médicaux et des services médicaux d'entreprises, 700 officines de pharmacie, une vingtaine de laboratoires d'analyse de biologie médicale.

Le financement de la santé est assuré en partie par l'Etat et représente 10% du budget national. Il est appuyé par les partenaires au développement et les communautés.

## **Chapitre 3 : cadre opérationnel: les ICS**

Crées en 1984, les industries chimiques du Sénégal sont une société anonyme de droit sénégalais au capital de 130 milliards de francs CFA.

Leur siège se situe au Km 18, Rte de Rufisque

### **1. Historique**

En 1974, le Sénégal met en place un projet de construction d'une usine d'Acide Phosphorique et d'Engrais de taille internationale pour transformer sur place une plus grande part du phosphate et augmenter ainsi sa valeur ajoutée. Ce projet envisageait l'exportation de ses produits vers les pays de l'Afrique de l'ouest, vers l'Asie et vers l'Europe. La société d'études des industries chimiques du Sénégal ne sera constituée qu'en novembre 1976.

Cette société d'étude sera transformée en novembre 1980 en société d'exploitation.

Ce n'est qu'en 1981 que démarre la construction du complexe des ICS ; les travaux vont d'abord démarré sur le site de Darou puis sur celui de MBao.

Les premières productions d'Acide sortiront des installations de Darou en 1983 et ce n'est qu'en 1991-1992 que les ICS connaîtront leurs premiers résultats bénéficiaires.

Les ICS sont un grand atout pour l'agriculture et l'économie du Sénégal et de la sous- région ; ses principaux actionnaires sont :

- *Etat du Sénégal* : 47,42%
- *IFFCO (Inde)* :14,32%
- *Gouvernement Indien* : 9,97
- *SCPA (France)* : 4,87%
- *Etat de Cote D'ivoire* : 4,37%

- *Etat du Nigeria* : 4,04
- *Banque islamique de développement* : 3,42%
- *Etat du Cameroun* : 3,42%
- *Nissho Iwai Corporation (Japon)* : 3,21%
- *Divers* : 2,54%
- *SPIC (Inde)* : 1,28%
- *BICIS (Sénégal)* : 1,14%

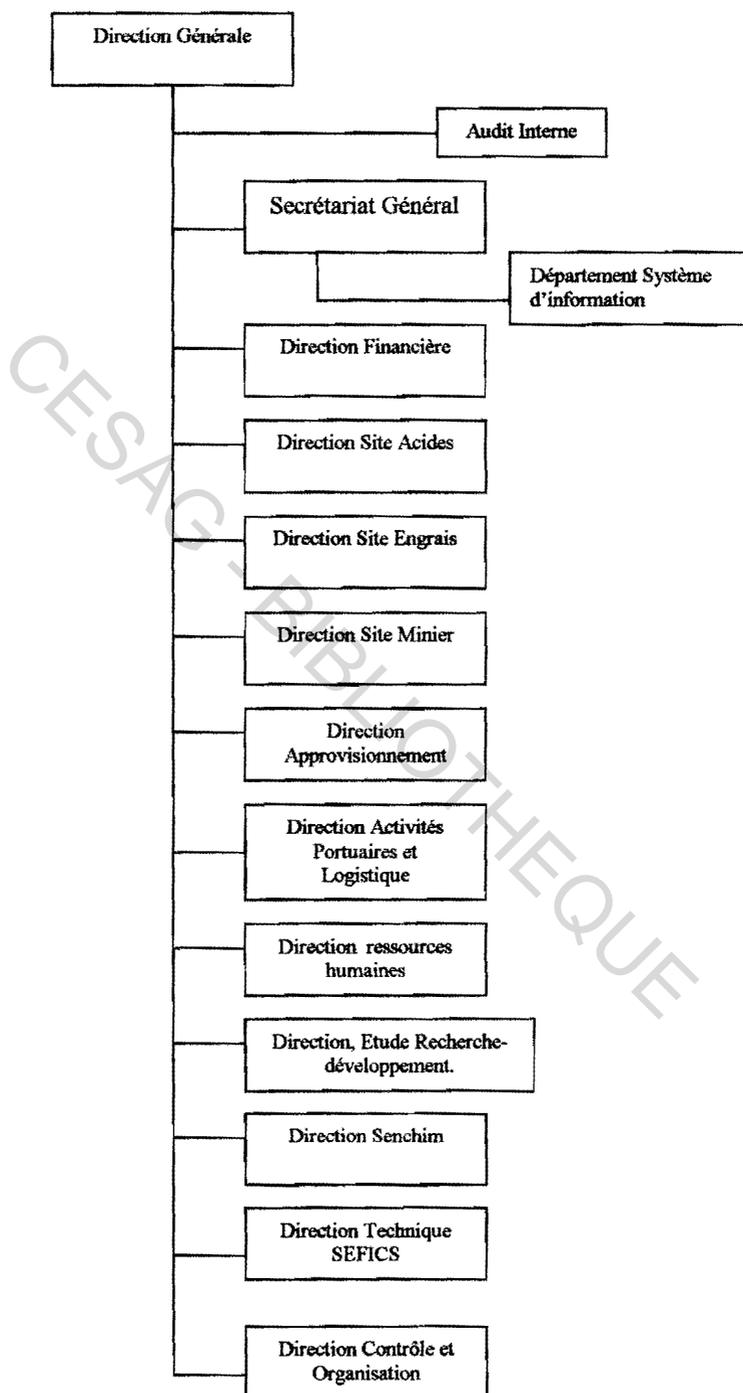
Au cours des années d'exploitation, d'autres réalisations visant l'optimisation du complexe sont venues s'ajouter aux investissements initiaux.

En 1996, la fusion absorption des ICS avec la CSPT a permis de pérenniser la filière et de préserver l'emploi des travailleurs de Taiba.

En 1998 les ICS ont lancé un programme d'expansion ambitieux à savoir le doublement de la capacité de production d'acide phosphorique (c'est le projet ICS2)

## 2. organigramme et fonctionnement

### a. Organigramme



**Figure 1** : Organigramme et fonctionnement

Les organes du groupe ICS sont constitués par :

- le Conseil d'administration
- L'Assemblée générale
- La Direction générale

Le Conseil d'administration de 14 membres dont 03 nommés par le gouvernement du Sénégal. Les actionnaires sont représentés par une personne physique désignée. Les membres du conseil sont choisis par les personnes physiques actionnaires et nommés par l'assemblée générale des actionnaires pour une durée de trois ans.

Les actionnaires se réunissent en Assemblée générale Ordinaire et Extraordinaire ou à caractère constitutif. Les Assemblées générales sont convoquées pour décider de l'augmentation du capital, de la modification des statuts sur proposition du conseil d'administration. Les Assemblées à caractère constitutif sont convoquées pour vérifier les apports en nature ou avantages particuliers. Les Assemblées Ordinaires se tiennent chaque année au cours des six premiers mois suivant la clôture de l'exercice.

#### b. Fonctionnement

Les ICS sont orientées vers l'extraction du phosphate et la transformation d'une grande partie de celui-ci en produit semi-fini (Acide Phosphorique) ou fini (Engrais). Pour réaliser cette transformation du phosphate plusieurs matières premières sont importées :

- le soufre : du Canada, du Moyen Orient
- l'ammoniac : de l'ex URSS, du Moyen Orient
- urée, sulfate d'ammonium, chlorure de potassium

Les opérations industrielles sont réalisées au niveau de trois sites :

- Le site Mine de Taïba : situé à 90km au Nord-est de Dakar, s'étend sur une quarantaine de km<sup>2</sup>. Son activité principale est l'extraction du

minerais et son traitement en phosphate marchand destiné à l'exportation ou à l'usine de transformation de Darou

- Le site Acide de Darou : il est contigu aux installations du traitement du phosphate de la Mine ICS pour réduire le transport du minerai. C'est à ce niveau que se fait la production d'acide phosphorique par attaque du phosphate par l'acide sulfurique
- Le site Engrais de MBao ; se trouve en bordure de mer à 18km de Dakar et s'étend sur 27 ha. L'activité principale de l'usine est la fabrication d'engrais granulés NPK (azote, phosphore, potassium) ; ou DAP (di Ammonium phosphate)

Les ICS comptent deux filiales : la SEFICS et la SENCHIM

- La Société d'Exploitation Ferroviaire des Industries Chimiques du Sénégal (SEFICS) est une filiale à 90% des ICS et 10% de la société Nationale des Chemins de Fer du Sénégal (SNCS). Elle est chargée du transport du soufre du port de Dakar à l'usine de Darou, du transport de l'acide phosphorique de Darou à Mbao et du transport des engrais en vrac et du fuel domestique
- La SENCHIM est une filiale à 100% des ICS .L'activité principale est de commercialiser les productions des ICS. Elle produit également des pesticides et certaines formules d'engrais, s'occupe d'activités de recherche, d'un important volet de promotion, de vulgarisation et d'assistance du monde rural.

Les ICS et leurs filiales emploient 2500 personnes à titre permanent et l'on peut estimer à 2500 les emplois temporaires (journaliers, équipes d'entretien, de montage, gardiens, etc.-).

De plus 5000 personnes occupent des emplois induits par les activités des ICS (services de maintenance, sous traitance, etc. --)

Les services portuaires situés dans l'enceinte du Port Autonome de Dakar s'occupent de la réception des matières premières (soufre, chlorure de

potassium, boracine, urée, sulfate) et de l'expédition de l'engrais et du phosphate.

La contiguïté de l'usine de Darou aux installations de traitement de phosphates de la mine permet de réduire le transport du minerai.

Le site de Mbao, avec ses installations de sécurité pour la réception et le stockage d'ammoniac et d'acide phosphorique (bassins, sphères, sea-lines) permet de maîtriser les risques technologiques et les pollutions accidentelles (effluves de liquides ou gaz, déchets industriels) que les activités de l'entreprise pourraient engendrer ; afin de réduire l'impact sur l'environnement.

Dans un souci de sécuriser les installations et les personnes, de protéger la santé des travailleurs et des populations environnantes, de préserver l'environnement naturel, les ICS ont mis en place une politique de sécurité et une politique environnementale qui sont appliquées à tous les niveaux de responsabilité (direction, personnel, prestataires de services, fournisseurs, population). Cette volonté d'assurer l'équilibre permanent de l'employé et son bien être social face aux exigences du travail se manifeste, entre autres réalisations, par le transport collectif quotidien et de façon continue du personnel, des lieux de résidences aux usines et ceci en tenant compte des horaires de travail.

# **Chapitre 4 : Etat des connaissances**

## **1. La médecine d'entreprise**

Le rôle essentiel de la médecine du travail selon l'OIT est de promouvoir la santé et la sécurité au travail dans le but de prévenir le dommage pouvant résulter des conditions de travail, prévenir les accidents et garantir à chaque travailleur une activité saine adaptée à son état physiologique et psychologique. Elle traite les effets du travail sur la santé et les effets de la maladie sur la capacité de travail.

Au Sénégal, les services médicaux des entreprises jouent un double rôle :

- un rôle préventif consistant à prévenir les accidents de travail, les maladies professionnels et risques professionnels
- un rôle curatif qui est d'effectuer les premiers soins, les soins d'urgence en cas d'accidents ou de maladie

La médecine d'entreprise participe aussi à la santé publique car elle intervient dans la lutte contre les fléaux comme l'alcoolisme, le tabagisme, les affections cardio-vasculaires, le cancer, la tuberculose, le VIH/SIDA.

L'exercice de la médecine du travail au Sénégal est régi par :

- Décret N° **89-1329** du 7 novembre 1989 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des services médicaux du travail
- Décret N° **90-888** du 9 août 1990 modifiant et remplaçant les dispositions des articles 2 et 14 du Décret N° **89-1329**

Pour l'essentiel :

- L'organisation, le fonctionnement et le financement des services médicaux du travail incombent à l'employeur
- Le service médical du travail doit être créé dans l'entreprise si le nombre de travailleurs est au moins égal à 400 employés et le service médical du travail inter entreprise si l'entreprise dispose de moins de 100 employés

- Les médecins du travail sont recrutés « en plein temps » en raison de : 01 médecin à partir de 400 employés ; 02 médecins à partir 1500 salariés et 03 médecins pour 2500 salariés .Quand le nombre d'employés est supérieur à 2500, il faut 01 médecin supplémentaire par 5000 salariés
- Le tiers temps technique : le médecin doit passer le tiers de son temps de présence dans l'entreprise à visiter les lieux de travail

## **2. La couverture maladie des employés:**

### **A. L'assurance maladie obligatoire : Historique- définition- principes**

L'assemblée générale des Nations Unies dans la « Déclaration Universelle des droits de l'homme », s'inspirant des conclusions du rapport de Lord BEVERIDGE (1942) déclarait le droit de tout individu à la protection maladie, proclamera le 10 décembre 1946 le droit de tout individu à la sécurité sociale

.Mais on reconnaît au chancelier allemand BISMARCK, la paternité des premiers véritables régimes de sécurité sociale. En effet dès 1871, souhaitant créer un lien entre les salariés et l'Etat 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 a été définie comme le mécanisme qui consiste à répartir entre des membres d'un groupe, le préjudice subi par l'un d'entre eux, suite à la survenue d'un risque (FAOU, 1997 ; BIT et al ; 1996).

Le modèle Bismarckien demeure le socle de nombreux systèmes d'assurance et il repose sur trois principes :

- le caractère obligatoire de la participation à son financement
- le 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'état

L'assurance maladie est un dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie, et un revenu minimal lorsque l'affection prive la personne de travail. Dans la plupart des pays occidentaux, une grande part de l'assurance maladie est prise en charge par l'Etat ; c'est d'ailleurs une des composantes fondamentales de la sécurité sociale, et un devoir de l'Etat selon la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948.

Le fonctionnement comme toutes les assurances est basé sur la mutualisation des risques : chaque personne cotise, en échange de quoi elle est remboursée selon un barème fixe.

Au ICS, les cadres et agents de maîtrise supérieure sont affiliés à la SOSAR AL AMANE.

Les personnes assurées sont celles désignées sur la liste nominative ou au bulletin d'adhésion joint. La prime annuelle versée par l'entreprise est de 169 000 FCFA par adulte et 101 000 FCFA par enfant et 300 000fcfa par personne en évacuation sanitaire. Cette prime sera révisée en tenant compte des modifications intervenues dans l'état des personnes assurées pendant l'année d'assurance écoulée.

Sous réserve d'une prescription médicale préalable à visée curative, la SOSAR prend en charge à 90% les spécialités pharmaceutiques, les préparations magistrales, les médicaments, et les produits sanguins d'origine humaine (transfusion)

Les remboursements sont accordés sur la base de l'appréciation par les médecins des ICS de la qualité de l'ordonnance en l'occurrence du caractère curatif de l'usage du médicament.

Ce remboursement par la SOSAR des frais exposés se fait dans un délai de trois semaines à compter de l'accord des parties ou de la décision exécutoire

L'assurance maladie peut prendre deux formes différentes :

- soit il s'agit simplement d'une assurance financière : l'individu est assuré pour un risque (accident, maladie) et ses soins sont remboursés selon un barème (rémunération des praticiens, coût des produits et médicaments, prothèse, etc.)
- soit l'organisme assureur constitue un réseau de soins : il contracte des praticiens, fournisseurs ; dans sa forme la plus extrême, l'assuré n'a pas le choix de son praticien, du moins s'il veut bénéficier de la gratuité des soins ou de leur remboursement. Si l'assuré est pris en charge par un praticien non agréé, il devra alors prendre en charge les soins et se faire rembourser ultérieurement suivant le barème de l'assurance. On peut avoir une coexistence des deux modèles.

L'assurance maladie peut être :

- un organisme purement étatique,
- uniquement des assureurs privés
- un système mixte : l'utilisateur dispose d'une assurance étatique et peut contracter des assurances privées appelée « mutuelle » dans nos pays ou « complémentaire santé » en France.

Le système d'assurance maladie du Sénégal existe sous deux formes : une assurance maladie obligatoire et des systèmes facultatifs :

L'assurance maladie obligatoire concerne : les agents de la fonction publique, les salariés du secteur privé et les salariés retraités. Pour les fonctionnaires, agents contractuels et leurs familles, le décret n° 72-215 du 07 mars 1972 relatif

à la sécurité sociale, prévoit une prise en charge partielle de 80% de leurs soins médicaux à l'exclusion des médicaments.

Les travailleurs permanents des entreprises privées et leurs familles sont couverts sous le fondement de la loi relative aux institutions de prévoyance maladie (IPM).

Cette couverture s'étend aux soins médicaux et aux médicaments à concurrence de 40 à 80% des montants des prestations reçues.

L'institution de prévoyance retraite au Sénégal (IPRES) offre une couverture médicale aux retraités du secteur formel et à leurs familles. Le développement de ces systèmes d'assurance ne touche malheureusement pas les travailleurs indépendants du secteur informel, les chômeurs et toutes personnes sans ressources financières.

L'assurance maladie facultative concerne :

- les assurances à but lucratif ou commercial qui offrent des produits d'assurance santé avec un accès individuel ou en groupe. Mais ce système est sélectif en raison du montant élevé des primes
- Les assurances sans but lucratif ou mutuelles de santé : elles sont de deux types : les mutuelles complémentaires pour assurer la couverture des prestations non prises en charge par le régime obligatoire et les mutuelles dites au « premier franc » généralement organisées sur une base territoriale

### *B. Les institutions de Prévoyance Maladie (IPM) : naissance-évolution*

C'est par la loi n° 75-50 du 03 avril 1975, relative à la définition du cadre général des Institutions de Prévoyance maladie et le décret d'application n°75-895 du 14 août 1975 portant création et organisation des IPM, que l'état sénégalais institue ces organismes d'assurance maladie, placés sous la tutelle du ministère du travail et de l'emploi.

Puis les arrêtés interministériels n° 9174 MFPTE/DTESS et n° 9176 MFPTE/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, et 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. Le schéma général de fonctionnement des IPM obéit à certains principes :

- le caractère obligatoire pour toute entreprise du secteur privé et pour ses employés de participer à sa création et à son financement. Ainsi, les entreprises dont le nombre d'employés est supérieur ou égal à 100 personnes, doivent mettre en place, en leur sein une IPM d'entreprise. Celles qui ont moins de 100 salariés, doivent s'unir pour mettre en place une IPM inter-entreprise, ou adhérer à une déjà existante.
- Le niveau de cotisation 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 à 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 000F CFA pour bénéficier d'une 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 ce dernier, soit 3%. Les travailleurs sont appelés « membres participants » et les employeurs « adhérents ».
- Sont également protégés les membres de la famille du salarié. Il leur est remis un livret individuel de santé. Ces institutions prennent en charge de 40 % à 80 % : les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation.

### C. La caisse de sécurité sociale

Elle a le statut d'institution de prévoyance sociale et gère la branche prestations familiales, la branche prévention et réparation des accidents du travail et maladies professionnelles.

Elle dispose de 6 agences et de 8 établissements régionaux, 2 centres de protection maternelle et infantile, une clinique modèle et 3 antennes du planning familial. Les organismes susceptibles d'intervenir en matière d'assurance maladie pour les travailleurs salariés sont : les institutions de prévoyance maladie (pour les travailleurs et les membres de leur famille), les assurances privées (en fait l'affiliation individuelle), les centres de protection maternelle et infantile (P.M.I) appartenant, soit à l'État, soit à la CSS et servant d'appoint à l'action de la Santé Publique dans le cadre de l'assistance publique, plus connue sous l'appellation de "soins de santé primaires".

Le financement est principalement assuré par des cotisations portant sur l'ensemble des rémunérations. Le montant des salaires à prendre en compte ne peut être inférieur au SMIG. Les cotisations dues à la CSS sont payées dans la limite d'un plafond fixé à 63.000 francs CFA par mois, soit 756.000 FCFA par an. Les prestations dues au titre de la branche des prestations familiales sont les allocations prénatales, les allocations de maternité, les allocations familiales, les indemnités journalières de congé de maternité, les prestations en nature.

En cas d'accidents de travail et maladies professionnelles : l'assurance accident du travail couvre les accidents survenus par le fait et à l'occasion du travail, les accidents de trajet et les maladies professionnelles désignées dans les tableaux de maladies professionnelles.

# **Chapitre 5 : modèle théorique et hypothèses de recherche**

## **1. modèle théorique**

La revue de la littérature et les différents entretiens avec des responsables nous a permis d'identifier les différents facteurs susceptibles d'influencer les dépenses en santé des ICS.

Ainsi l'évolution des dépenses sera étudiée sous deux angles :

- les dépenses relatives aux différents services médicaux
- les dépenses relatives à la couverture médicale : IPM, Assurance

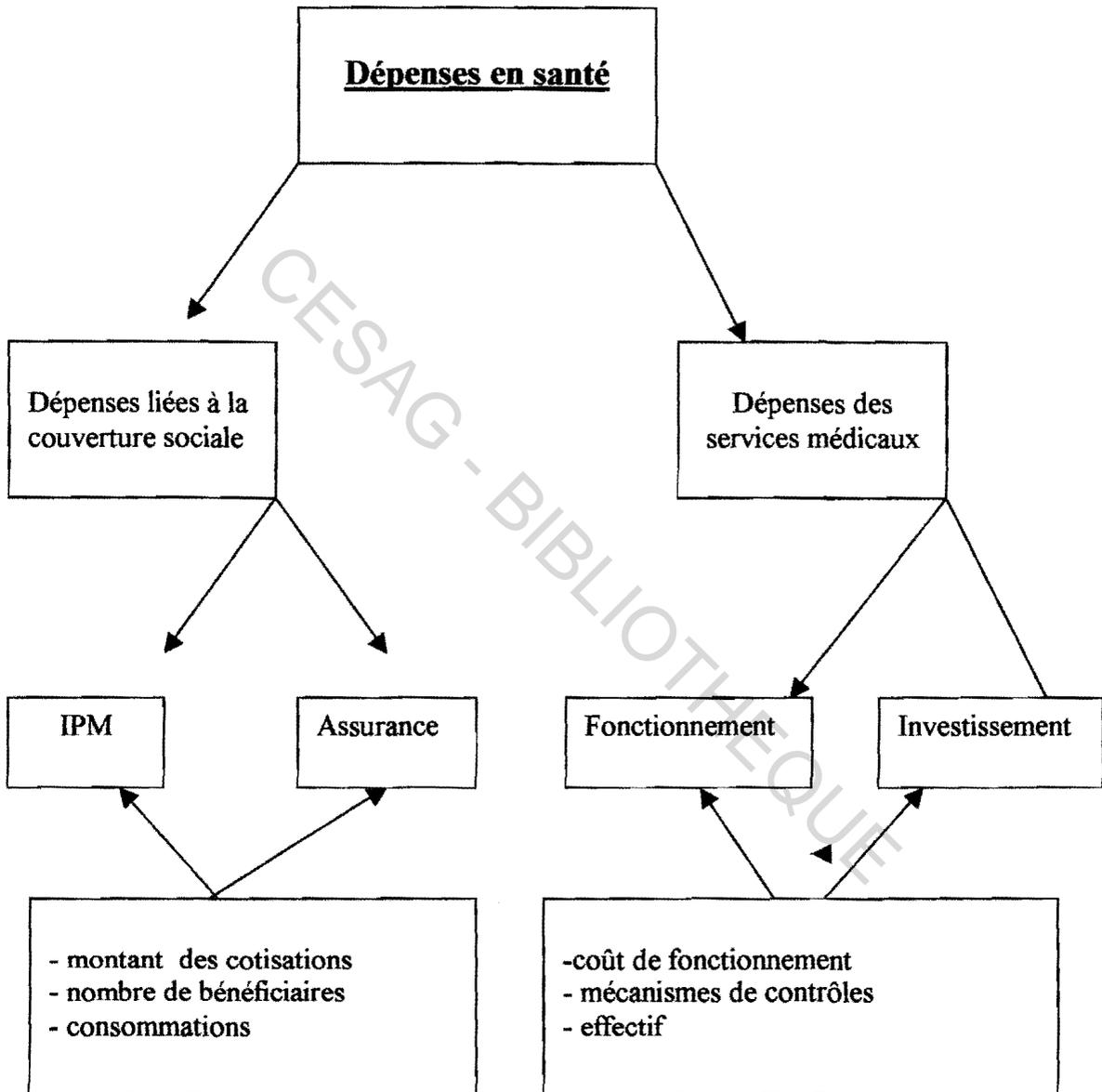
Il s'agira d'étudier pour les services médicaux les dépenses de fonctionnement (médicaments, matériels de pansement, contrats de prestations personnels) et d'investissements (équipement, logistique) ; de voir pour chaque catégorie de dépenses, le coût et les mécanismes de contrôles mis en place pour la gestion de ces différentes dépenses.

La répartition de ces dépenses en fonction des différents sites sera également étudiée pour voir la corrélation entre les variations de l'effectif et celles des dépenses.

Les dépenses liées à la couverture sociale (l'IPM- l'Assurance) seront étudiées suivant leurs différentes composantes à savoir : médicaments, consultations, hospitalisations, accouchements, etc.).

Pour cette couverture sociale, il faudra établir d'une part la relation entre le nombre de bénéficiaires et le montant des cotisations ; d'autre part le lien possible entre les niveaux des dépenses et de consommation.

## Schéma du modèle théorique



## **2. Hypothèse de recherche**

La recherche de facteurs de non maîtrise des dépenses doit privilégier à priori plusieurs hypothèses :

- la première hypothèse renvoie aux modes de fonctionnement des services médicaux : l'autonomie de chaque service médical, la prise en charge médicale des populations environnantes et l'absence d'unité de coordination ont un impact sur la non maîtrise des dépenses de fonctionnement
- la deuxième hypothèse renvoie aux modes de fonctionnement de la couverture sociale : l'absence de mécanismes de contrôles efficaces de l'assurance maladie surtout des IPM est à l'origine d'une surconsommation des produits résultants de cette couverture sociale.

# **Chapitre 6 : Méthodologie de la recherche**

## **1. Stratégie de la recherche**

Pour la réalisation de ce travail, nous avons adopté la démarche suivante :

- dans un premier temps nous avons fait une analyse de la situation de l'entreprise basée sur la revue documentaire et l'entretien avec le personnel
- dans un second temps, nous avons étudié les facteurs susceptibles d'influencer les dépenses en santé des ICS

C'est une étude rétrospective sur cinq ans basée sur une méthode quantitative et qualitative de collecte des données

## **2. Collecte des données**

La méthodologie consistera à collecter des données quantitatives et qualitatives, afin d'identifier toutes les parties qui interviennent à différents niveaux de l'entreprise, les ordonnateurs des dépenses en santé, de recenser et classer les sites par rapport aux dépenses en santé. Les données collectées sont annuelles et durant toute la durée de l'étude c'est-à-dire de 1999 à 2004.

Elle s'est appuyée sur une revue documentaire d'études similaires réalisées en Europe et Afrique et la collecte d'informations à deux niveaux : au sein de l'entreprise et à la compagnie d'assurance SOSAR

au sein de l'entreprise nous avons fait l'inventaire de tous les documents sur la présentation de l'entreprise, la fiche signalétique, les statistiques, le plan opérationnel de restructuration, les contrats avec l'assurance et l'IPM.

Ces différents documents ont été collectés au niveau des services suivants : formation, direction des ressources humaines, services médicaux des différents sites, services centraux, la comptabilité.

Les données collectées sont essentiellement : le nombre d'agents, la répartition des agents par catégories socio professionnelles, les dépenses d'investissement,

de fonctionnement et les différentes prestations offertes par les services médicaux.

A la compagnie d'assurance (SOSAR AL AMANE) : nous avons pu obtenir les statistiques de 1999 à 2004 sur le nombre d'adhérents, le montant des primes versées, la consommation médicale, la répartition des dépenses et le taux de réajustement.

### 3. contraintes

Nous avons été confrontés à des difficultés lors de la collecte des informations primaires surtout celles relatives à la gestion de l'IPM, dues pour l'essentiel, à une absence d'archives d'informations pertinentes exploitables. Nous n'avons pas pu obtenir les détails concernant la liste des médicaments achetés par les différents services médicaux et le volume des commandes.

### 4. Plan d'analyse

a) Le plan d'analyse adopté consiste à :

- faire une analyse de l'évolution des dépenses en fonction du volume des prestations et de la variation de l'effectif de l'entreprise
- faire ressortir les facteurs qui déterminent la hausse des dépenses

b) Les outils de traitement de données qui ont été utilisés sont :

- le logiciel Excel pour la conception des tableaux et graphiques
- le logiciel Word pour la saisie et le traitement de texte

## **Chapitre 7 : Résultats**

### **1. Description de la prise en charge des soins des employés**

La prise en charge est essentiellement préventive (la surveillance médicale, le tiers temps, la promotion de la santé, la sécurité et l'hygiène des conditions et milieux de travail), accessoirement curative.

- **La surveillance médicale** : il s'agit du contrôle médical de l'aptitude du travailleur à l'embauche, périodiquement en cours d'exercice professionnel, lors de la reprise du travail après une absence de plus de 21 jours et à la demande du travailleur et /ou de l'employeur.

Cet examen médical a pour but de :

- chercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs
- s'assurer qu'il est médicalement apte au poste de travail qu'il est appelé à occuper
- proposer éventuellement les adaptations nécessaires au poste ou l'affectation à d'autres postes de travail

La surveillance est généralement annuelle mais selon la spécificité du milieu de travail et des risques encourus, elle peut être rapprochée à 6mois ou 3mois pour certaines catégories d'employés notamment les diabétiques, les hypertendus ou personnes vivant avec le VIH ou exposés à des nuisances ou risques particuliers tels que les produits toxiques ou réputés cancérigènes.

Elle comporte :

- un entretien avec chaque travailleur sur les conditions de travail, le milieu professionnel et l'organisation de l'activité
- un volet clinique où le médecin, après un examen général, évalue objectivement l'état de santé du salarié
- un volet biologique pour confirmer ou infirmer un éventuel état de dégradation de la santé du travailleur.

### ▪ **Les activités médicales**

Les activités en milieu de travail devraient occuper le 1/3 temps de la présence du médecin du travail tel que prévu par la réglementation ; le médecin doit tronquer sa blouse avec une tenue d'ouvrier pour trouver le salarié en situation réelle de travail. Il doit procéder à des études de poste, des visites des ateliers, des études d'ambiance, du niveau d'exposition. Ce point est malheureusement le maillon faible de la médecine d'entreprise.

Le médecin est souvent assailli par les tâches curatives au point de ne pas disposer de temps matériel pour s'occuper de la prévention active

### ▪ **La promotion de l'hygiène, la santé et la sécurité des conditions et milieux du travail** : elle consiste entre autre à :

- Assurer l'information, la formation et l'éducation permanente des travailleurs sur les risques encourus par rapport à certains toxiques ou nuisances, certaines formes d'organisation ou de modes opératoires du travail, certaines maladies ou épidémies
- conseiller l'employeur ou ses représentants mais également des travailleurs particulièrement au niveau des comités d'hygiène et de sécurité des conditions et milieux de travail et alerter qui de droit pour que des mesures appropriées soient prises à temps
- promouvoir l'activité physique et sportive au sein de l'entreprise

### ▪ **Les activités curatives** : elles consistent en des consultations et soins.

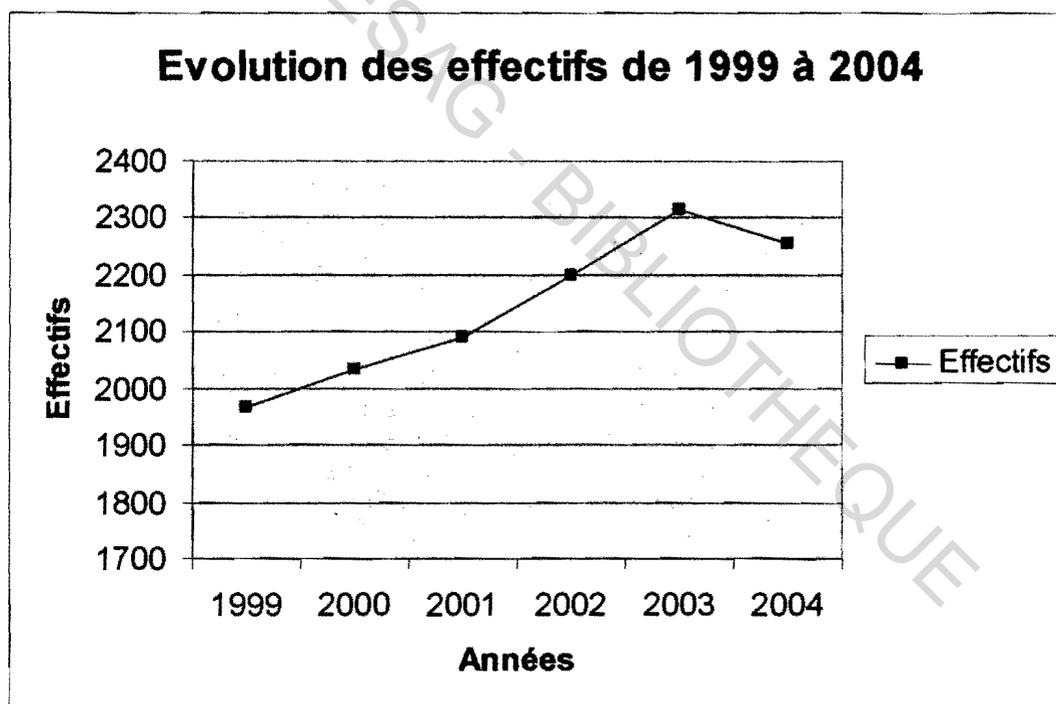
Prévu initialement pour des soins d'urgence, le service médical est devenu un véritable centre de santé à l'instar de la santé publique. Il assure les consultations et soins pour les travailleurs de l'entreprise, leur famille et souvent la population environnante. Des activités de santé maternelle et infantile (consultations pré et post natales, le planning familial, le PEV) y sont menées ainsi que des séances de collecte de sang et de contrôle médico-sportif.

## 2-Présentation et analyse des résultats

### a) Evolution des effectifs de 1999 à 2004

Nous allons étudier l'évolution des effectifs de l'entreprise au cours de la période de l'étude. Ces différents chiffres (voir tableau 1 en annexe) correspondent à l'effectif total du groupe ICS au 31 décembre des années étudiées.

**GRAPHIQUE 1**

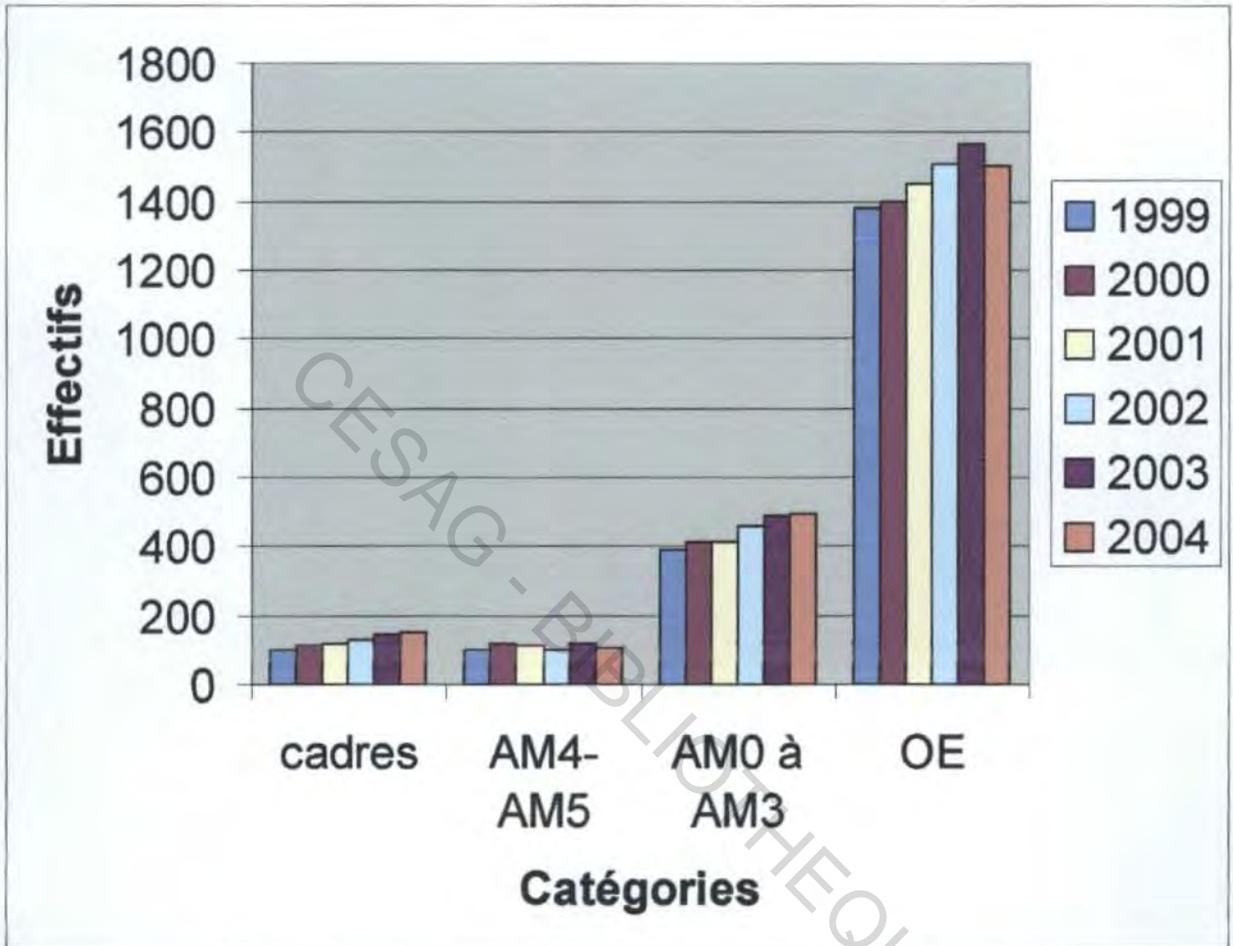


ICS ; Section des Ressources Humaines (DRH)

Quand on observe le **Graphique 1**, on note que la progression des effectifs est croissante de 1999 à 2003 avec un pic en 2003 ; puis une légère baisse en 2004. Cette augmentation de l'effectif s'explique par une certaine politique de recrutement appliquée par la société essentiellement avec le projet ICS2 dans toutes les catégories socio professionnelles jusqu'en 2003.

Mais suite à quelques difficultés financières en 2004, cette politique de recrutement n'a pu être maintenue.

**GRAPHIQUE 2**



ICS ; Section des Ressources Humaines (DRH)

Cette étude portant sur l'évolution des effectifs va distinguer les catégories socio professionnelles qui sont responsables de cette hausse.

Le **graphique 2** montre que l'effectif augmente de 1999 à 2004 en faveur des ouvriers et des agents de maîtrise. En effet, si on observe les années 1999 et 2004 le pourcentage de cadres est de 5,1% et 6,7 ; AM4-AM5 : 4,8% et 4,7% ; AM0-AM3 : 19,8% et 22% ; ouvriers : 70% et 66,6%.

Cette augmentation d'effectifs est liée au recrutement : compléments d'effectifs lors de l'ouverture du panneau de Tobéne, doublement de la capacité

de la production acide. Cette variation de l'effectif a-t-elle eu un impact sur les dépenses en santé ?

L'effectif a un impact sur les dépenses d'une entreprise par la masse salariale qu'il induit. La partie de la masse salariale pouvant influencer les dépenses en santé est uniquement constituée par les salaires du personnel des différents services médicaux.

Selon les informations que nous avons pu recueillir, seul le service médical du Site des Mines a été concerné par une augmentation de personnel.

N'ayant pas pu disposer des masses salariales de ces services et de leur variation, nous n'avons pas pu déterminer leur impact sur les dépenses en santé.

Néanmoins, on peut supposer que cette augmentation de personnel a entraîné une augmentation de la masse salariale et par conséquent des dépenses en santé de l'entreprise.

b) Evolution des dépenses des services médicaux de 1999 à 2004

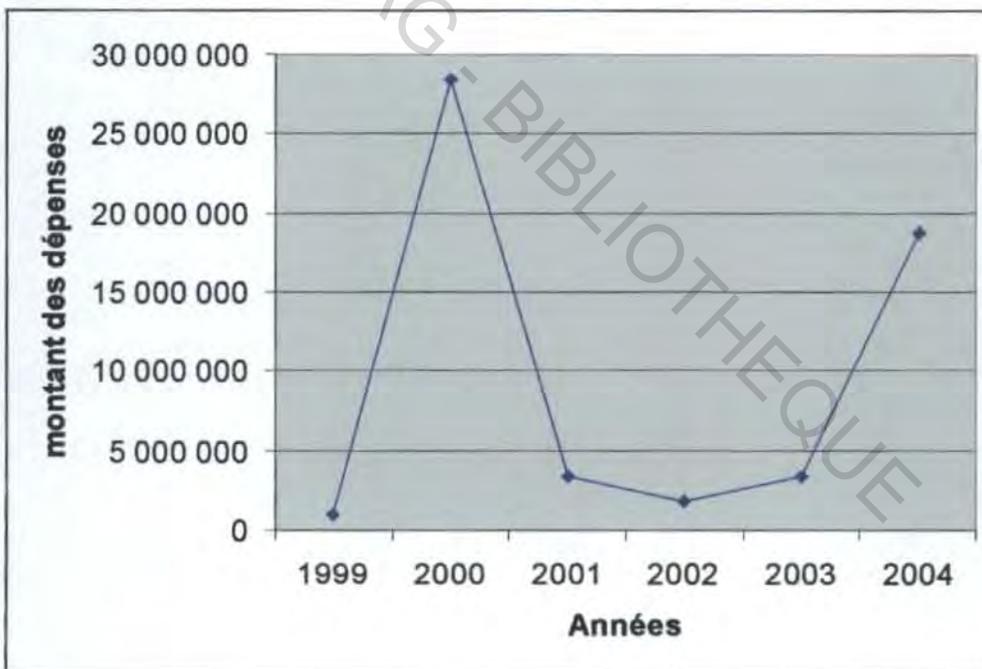
Les dépenses des services médicaux vont se distinguer en dépenses d'investissement et dépenses de fonctionnement

➤ Les dépenses d'investissement

Le **graphique 3** va nous permettre d'étudier l'évolution des dépenses globales d'investissement et le **graphique 4** la répartition de ces dépenses en fonction des sites. Ces dépenses d'investissement sont constituées essentiellement de biens d'équipement et de véhicules.

(Voir tableau 11 en annexe).

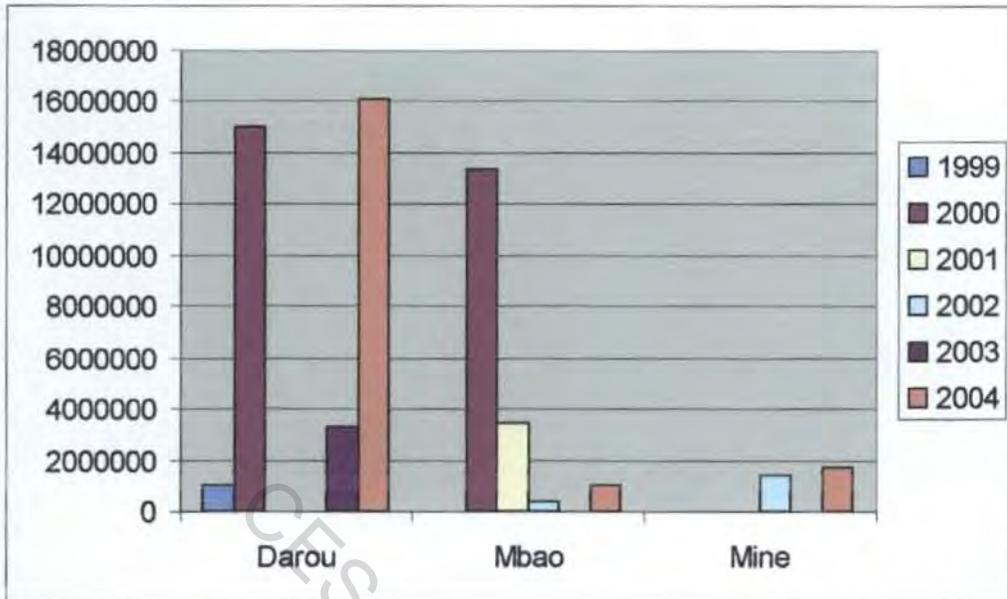
**GRAPHIQUE 3**



ICS : Services médicaux –DRH :

Le graphique 3 montre que les dépenses d'investissement ont été réalisées essentiellement entre 1999, 2000 et 2004, peu de dépenses entre 2001 et 2003. Toutes ces dépenses d'investissement ont respecté les procédures. Le renouvellement du parc automobile s'est fait après amortissement.

#### GRAPHIQUE 4



#### ICS : Services médicaux –DRH

Les dépenses d'investissement ont été étudiées en fonction des différents sites pour voir à quel site ce budget a-t-il le plus profité ? On note que les dépenses sont importantes en 2000 et 2004 surtout pour les sites de Darou et Mbao et ceci s'explique par l'achat de véhicules et équipement de bureau pour les médecins de ces deux services médicaux. Le site des mines n'a pratiquement pas bénéficié de cette rubrique car les 3/4 du budget d'investissements lui avaient été affectés les années qui avaient précédées l'étude.

Nous avons noté que l'achat de certains biens d'équipement se fait pratiquement tous les deux ans à cause de la corrosion due à l'engrais (ex fontaines réfrigérantes, splits).

Nous pensons que ces dépenses d'investissement ne constituent pas un facteur déterminant dans la hausse des dépenses en santé car toutes les dépenses effectuées ont respectées les procédures d'achats et les délais d'amortissement.

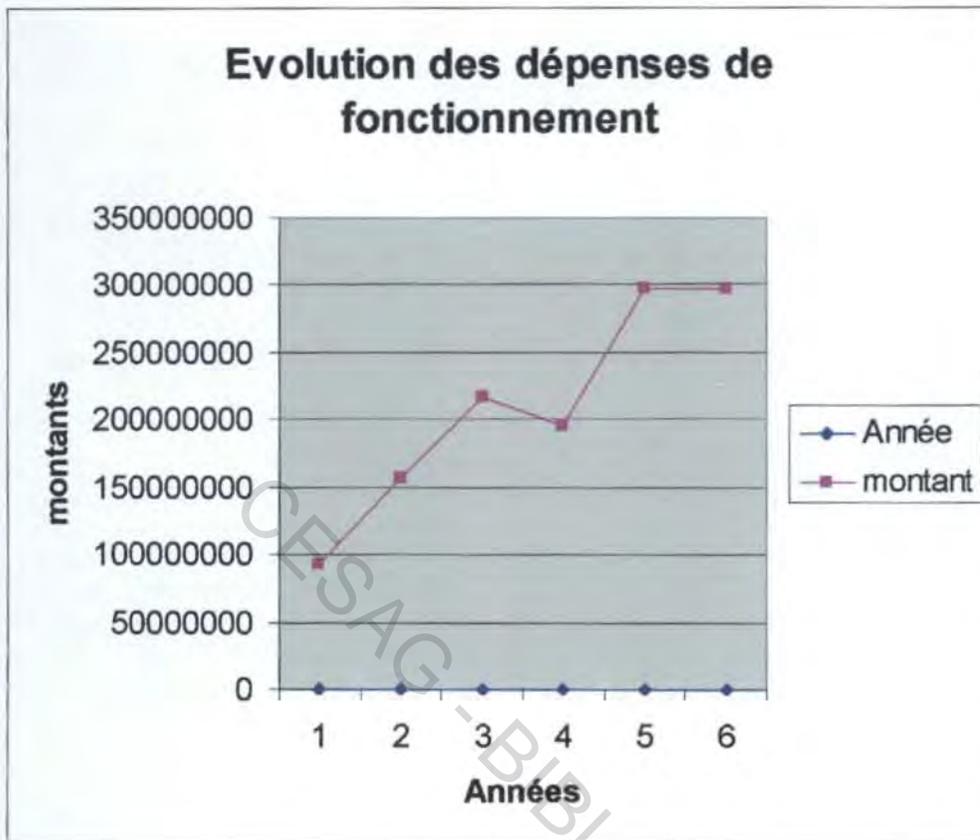
➤ Dépenses de fonctionnement

Les dépenses de fonctionnement concernent les rubriques suivantes :

- les frais du personnel
- le personnel extérieur utilisé : remplacement du personnel technique et administratif pendant congé
- la plomberie, la peinture, l'électricité, etc.
- l'achat direct des produits de consommation
- le carburant pour les véhicules (médecin et ambulance)
- petits outillage : matériel de petite chirurgie
- fournitures de bureau : différents imprimés (bulletins, certificats médicaux)
- honoraires d'experts : explorations fonctionnelles, examens complémentaires
- produits pharmaceutiques
- repas agents
- les frais de stockage
- amortissement fiscal
- les autres charges

Nous allons étudier de 1999 à 2004 d'une part l'évolution globale des dépenses de fonctionnement (graphique 5 et en annexe tableau 5), d'autre part la répartition de ces dépenses en fonction des sites (graphique 6 et en annexe tableau 6).

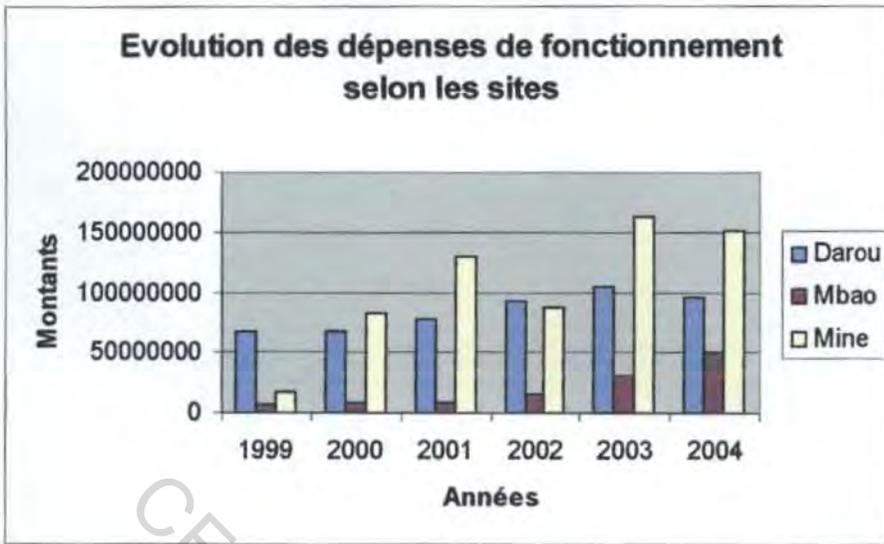
### GRAPHIQUE 5



ICS : Services médicaux -DRH

Le **graphique 5** montre une évolution des dépenses de fonctionnement en dents de scie ; en effet, ces dépenses augmentent globalement entre 1999 et 2001 puis on note une légère baisse en 2002 puis une reprise en 2003. L'évolution est stable entre 2003 et 2004. Quand on étudie de plus près les différentes rubriques, on note que cette augmentation des dépenses est essentiellement liée à l'augmentation de l'achat des produits pharmaceutiques.

## GRAPHIQUE 6



ICS : Services médicaux –DRH

Quand on observe le **GRAPHIQUE 6** qui permet d'étudier la répartition des ces dépenses selon les sites, on note que c'est au niveau du site mine que les dépenses de fonctionnement sont plus élevées (tableau 6 en annexe), suivi du site de Darou. Cela se comprend aisément car l'essentiel des agents se trouvent au niveau de ces deux sites.

Les produits pharmaceutiques représentent 40% du budget de fonctionnement. Il aurait été intéressant d'étudier la variation de ce volume de produits pharmaceutiques puisque les prix des produits sont connus et que le volume est égal au prix que multiplie la quantité. Cependant nous n'avons pas pu disposer au niveau des ICS des quantités achetées pour chaque type de produits.

Après les produits pharmaceutiques, les frais de personnel représentent une part importante surtout au site de la Mine ; cela s'expliquerait par le fait que la mine a les plus gros effectifs et la fusion des deux sociétés a nécessité un renforcement en ressources humaines au niveau du service médical pour une meilleure prise en charge des agents.

Quand on étudie de plus près les différentes rubriques, on note que cette augmentation des dépenses est essentiellement liée à l'augmentation de l'achat des produits pharmaceutiques

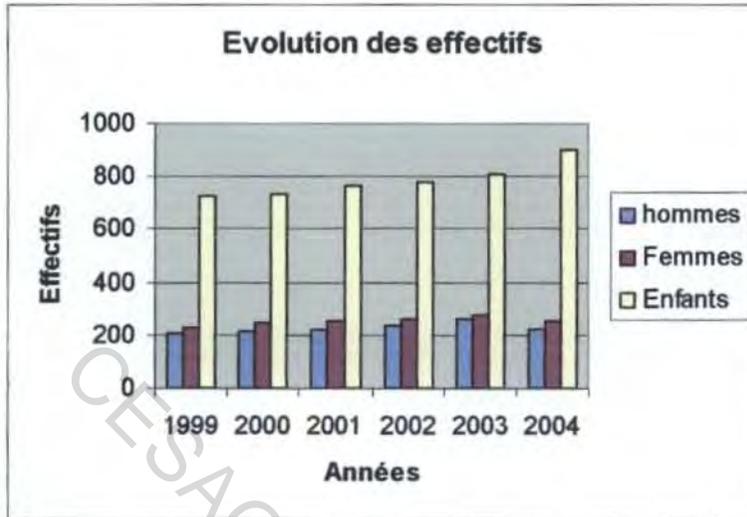
Les agents de l'entreprise consomment énormément de médicaments provenant des services médicaux alors qu'ils sont par ailleurs affiliés soit à l'assurance soit à l'IPM.

Nous n'avons pas pu obtenir les détails des commandes aussi bien d'investissement que de produits pharmaceutiques. Ainsi il ne nous a pas été possible de détecter de manière précise l'origine des hausses constatées régulièrement sur les coûts de santé.

c) Evolution des dépenses de « la couverture assurance » de 1999 à 2004

➤ Evolution des effectifs

**GRAPHIQUE 7**



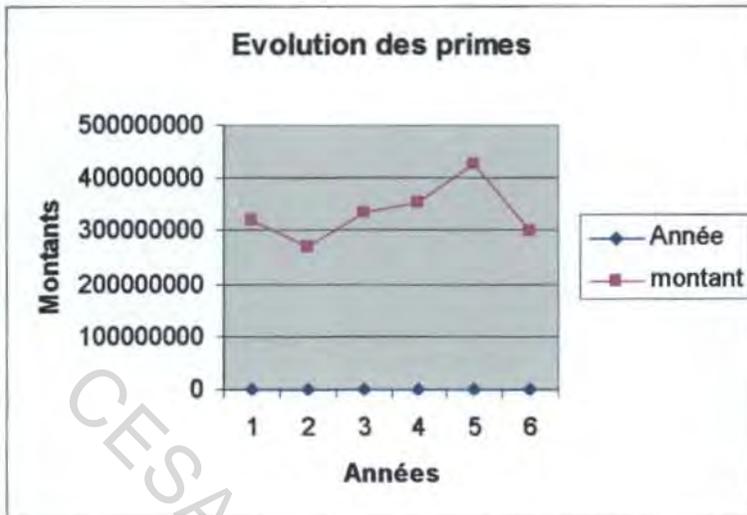
SOSAR

Le **graphique 7** étudie l'évolution du nombre des bénéficiaires de l'assurance de 1999 à 2004.

Cette évolution est croissante et les enfants constituent l'essentiel des bénéficiaires et leur nombre est relativement stable jusqu'en 2002.

➤ Evolution des primes

**GRAPHIQUE 8**



**SOSAR-DRH ICS**

Le **graphique 8** nous permet d'étudier l'évolution de la prime versée par les ICS à la SOSAR de 1999 à 2004.

Il faut signaler que dans le contrat qui lie les ICS et la SOSAR, le montant des primes a été fixé à **194.350** pour un adulte et **116.150** pour chaque enfant.

Quand les dépenses sont plus élevées que la prime annuelle, il y a automatiquement un barème de réajustement qui est appliqué ; et il est d'autant plus élevé que la prime n'est pas versée dans les délais.

Les différents montants matérialisés sur le graphique représentent la prime versée plus le montant du réajustement calculé en fin d'année.

Si on observe l'évolution de la prime versée, elle décroît en 2000 et 2004 alors qu'elle est en nette progression entre 2001 et 2003. Le pic des dépenses se situerait essentiellement en 2003 ce qui explique aussi que la prime de 2003 soit la plus élevée.

Ceci n'est pas en corrélation avec l'évolution du nombre de bénéficiaires ; cette prime aurait du augmenter de 1999 à 2004.

On note cependant une augmentation des bénéficiaires de l'assurance qui est en corrélation avec l'augmentation du personnel .Ceci s'expliqueraient par les retraits et les adhésions en milieu d'année ou parfois après la clôture de l'exercice budgétaire en cours ce qui crée d'énormes difficultés de gestion au niveau de la SOSAR.

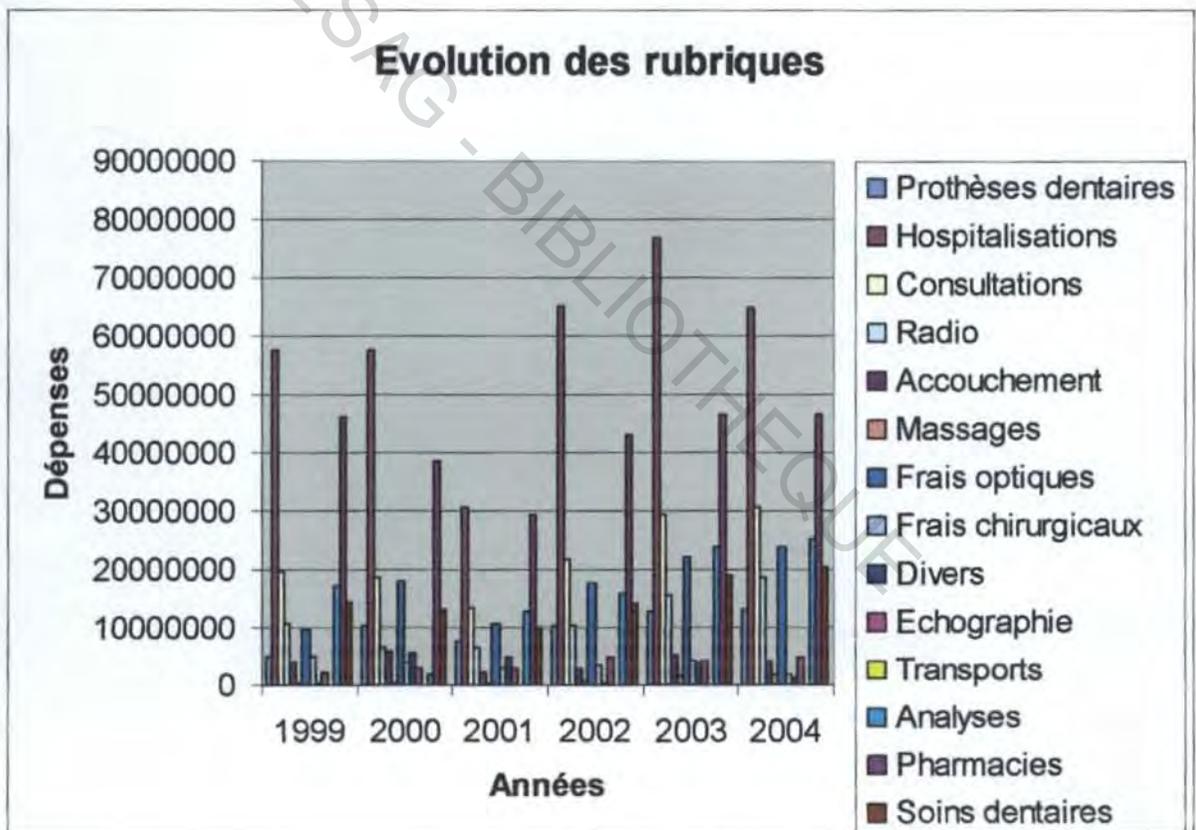
Quand on compare les statistiques des ICS et de la SOSAR concernant les bénéficiaires et les montants des primes, on note des différences (en annexe tableau 12). Pourquoi ces différences ? Nous n'avons pas pu obtenir une réponse à cette question au niveau du service compétent aux ICS.

➤ Evolution des différentes rubriques

Le graphique 9 a étudié les différentes dépenses effectuées par la SOSAR de 1999 à 2004 pour les bénéficiaires des ICS.

Il s'agit de : prothèses dentaires, hospitalisations, consultations, radio, accouchement, massage, frais optiques, frais chirurgicaux, échographie, transports, analyses, pharmacies, soins dentaires, divers. (En annexe tableau 10-11)

**GRAPHIQUE 9**



SOSAR

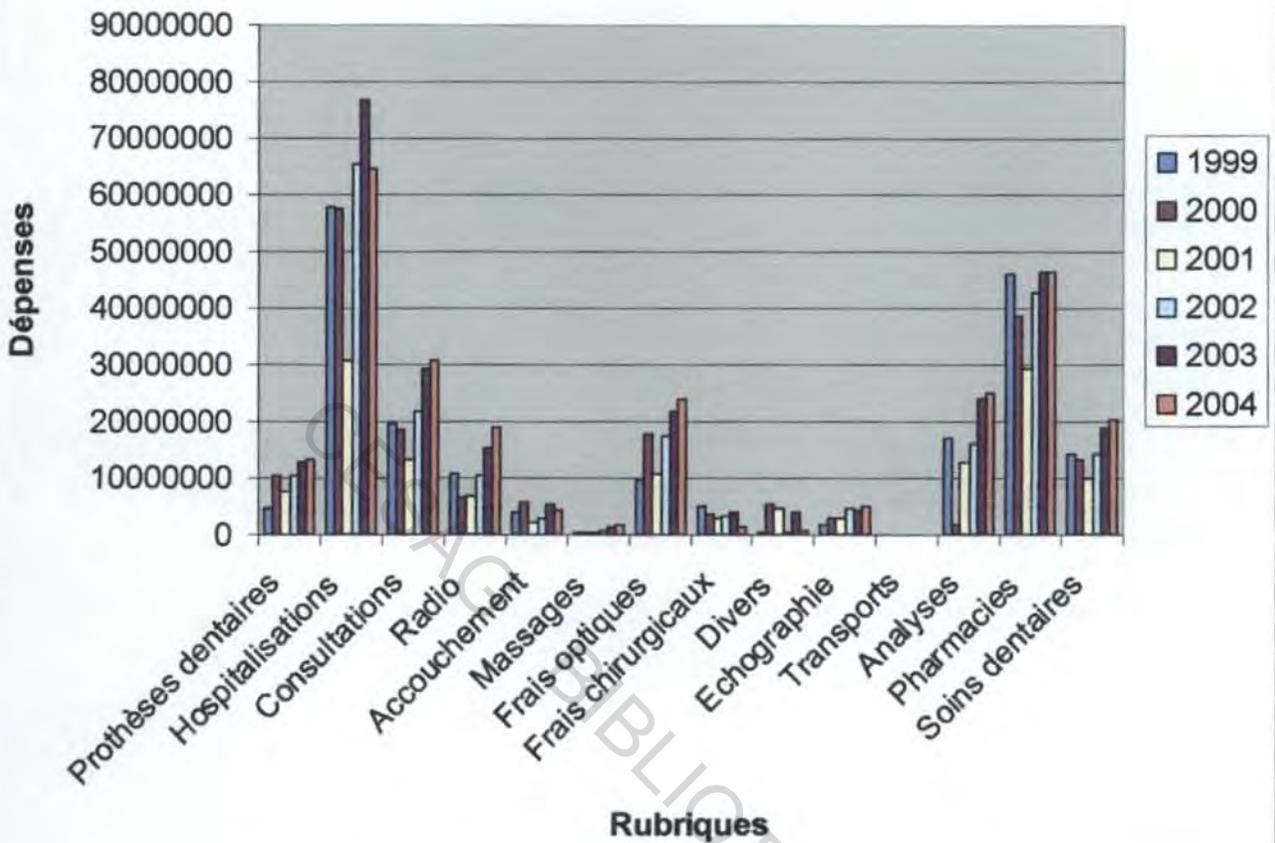
L'évolution des dépenses selon la nature du sinistre montre que les dépenses effectuées par l'assurance sont essentiellement constituées par les frais d'hospitalisations suivis par les dépenses en pharmacies puis les frais optiques.

Nous pouvons noter que les dépenses concernant la rubrique des produits pharmaceutiques sont élevées aussi bien au niveau de l'assurance qu'au niveau des dépenses de fonctionnement.

Il ne devrait pas y avoir autant de consommation de produits pharmaceutiques. Au niveau des services médicaux des certains sites, nous avons pu constater que la prise en charge des populations environnantes se fait gratuitement et cette population constitue la majorité des consultants et ceci au détriment des structures sanitaires publiques.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## Comparaison des rubriques de dépenses



GRAPHIQUE 10

Quand on compare les différentes rubriques en fonction des années, on observe que les dépenses de l'assurance ont augmenté entre 2002 et 2003 alors que la société éprouve pendant cette période des difficultés pour verser la prime annuelle à la date prévue.

La conséquence immédiate est une augmentation du montant versée à l'assurance liée au retard du paiement de la prime et à l'augmentation des dépenses occasionnées par les bénéficiaires. Il y aurait probablement un relâchement dans la gestion de l'assurance au niveau de la société

### 3- Résultats

#### a) Le fonctionnement des services médicaux des sites

Les employés qu'ils soient cadres ou ouvriers et leur familles ont tous accès aux services médicaux, pour de soins préventifs, curatifs, ou pour une urgence. Mais il a été permis de constater que ces services sont surtout fréquentés par les ouvriers, les journaliers et les populations environnantes. Les cadres et agents de maîtrise ont recours facilement aux cabinets privés ; ce qui fait que la procédure qui veut qu'un agent ne prenne une lettre de garantie que quand les soins à prodiguer relèvent du spécialiste n'est pas toujours respectée. Dans certains services médicaux des sites, la plus part des consultations est constituée par les populations environnantes du fait de l'accès facile et de la gratuité des soins qui leur sont offertes. Cette utilisation n'est pas sans conséquences aussi bien pour les ICS qui voient ces dépenses de fonctionnement augmenter que pour les structures publiques qui sont sous utilisées (ex postes de santé).

En plus des médicaments d'urgences, les employés peuvent suivant le site disposer des produits pharmaceutiques au niveau de ces services médicaux alors qu'ils sont soit affiliés à l'assurance soit à l'IPM et seront ainsi en mesure de se les procurer au niveau des différentes pharmacies agréées, ou bénéficier d'un remboursement après achat confirmé. Les services médicaux ne devraient pas couvrir des prestations offertes par l'assurance et l'IPM ceci entraîne une double dépense pour la société. Il est nécessaire que les sites aient les mêmes règles de fonctionnement pour une rationalisation des dépenses.

***b) La couverture sociale : assurance maladie, les IPM***

Cette couverture sociale concerne une assurance pour les cadres et agents de maîtrise supérieure et une IPM pour le reste des employés

Les employés affiliés à l'assurance ont recours facilement aux médecins privés même pour une consultation générale. Pour l'assuré c'est juste une lettre de garantie qui est remplie alors que pour la société c'est une dépense qui aurait pu être évitée puisque la gestion de ces services est confiée à une équipe compétente et qualifiée. Nous avons noté que les consultations occupent la majorité des services utilisés dans le cadre de cette assurance en termes de nombre et de dépenses.

La société verse une prime annuelle calculée sur le nombre total et l'âge des adhérents (enfants et adultes payent des primes différentes) mais quand les dépenses dépassent largement le montant de cette prime, il se fait automatiquement un réajustement que devra payer la société.

Quand on compare les différents documents de la compagnie d'assurance la SOSAR et ceux des ICS, il arrive parfois sur une année que le montant de la prime ne soit pas toujours en corrélation avec le nombre d'adhérents. En effet il arrive que des adhésions ou des retraits de bénéficiaires se fassent en cours d'année mais l'assurance est toujours saisie très tardivement parfois même l'année suivante ce qui crée certains problèmes de gestion de données et de comptabilité au sein de la compagnie d'assurance la SOSAR.

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de ce travail, il est sans doute utile de rappeler les objectifs que nous nous étions assignés à savoir : étudier les facteurs qui déterminent la hausse des dépenses et déterminer les facteurs de non maîtrise des dépenses de santé (assurance, IPM, services médicaux).

Cette progression ascendante n'est pas sans conséquences sur l'économie des ICS. .Nous avons ainsi formulé des recommandations dans ce sens.

Aussi, nous soulignons les points suivants :

- L'entreprise certes assure la prise en charge médicale de ses employés par la création de services médicaux au niveau des différents sites et le paiement des différentes cotisations sociales (assurance, IPM) mais la gestion est dispersée puisque chaque service médical est autonome. Pour une gestion rationnelle des dépenses en santé, il faudrait :
  - favoriser la création d'une unité de coordination des différents services médicaux du point de vue gestionnaire. La direction générale doit définir une politique de santé et des objectifs en tenue budgétaire et d'efficacité à l'intention des responsables de sites et des services médicaux.
  - La mise en œuvre de cette politique et l'atteinte des objectifs doivent être contrôlée régulièrement
  - rationaliser les dépenses en médicaments car ils constituent le plus gros des dépenses de fonctionnement alors que les employés ont tous une couverture sociale
    - il faudra définir le type de médicaments à approvisionner .Les services médicaux d'entreprise doivent disposer de médicaments d'urgence. Les autres médicaments peuvent être achetés par les agents dans la mesure où ils bénéficient d'une couverture sociale.
    - favoriser l'utilisation des médicaments génériques dans les services médicaux

- Les IPM des ICS ont montré leur fragilité car ils rencontrent d'énormes difficultés mais avec une gestion appropriée, sa pérennité peut être assurée en :
  - rendant la structure plus fonctionnelle
  - décentralisant l'administration et la gestion des IPM
  - actualisant les données sur les membres et leurs familles en procédant à un nettoyage du registre. Cela permettra d'avoir une idée exacte du nombre des bénéficiaires et de l'état des cotisations
- Mettre en place une politique sociale susceptible de maîtriser la fréquentation des services médicaux par les populations environnantes.
- Toute assurance a pour objet de maîtriser les dépenses en santé or la prime des ICS est la plupart du temps réajustée à la hausse car les dépenses ne sont pas toujours rationnelles et la prime n'est pas versée à l'assurance dans les délais :
  - prévoir des journées d'information des adhérents pour respecter les clauses de cette couverture sociale et éviter les surconsommations des soins médicaux
  - inciter les gens à recourir à des soins moins coûteux
- Mettre en place un tableau de bord des dépenses en santé

## **CONCLUSION**

Ce travail consistait à analyser les dépenses en santé d'une des plus importantes entreprises sénégalaises. Au cours de l'analyse les différents facteurs de non maîtrise de ces dépenses ont été identifiés et ceux qui occasionnent des hausses de dépenses ont été étudiés.

Les résultats de cette étude devraient donc contribuer à la maîtrise des dépenses en santé de cette entreprise.

L'entreprise gagnerait à mieux organiser les dépenses en santé des services médicaux surtout ceux liés au fonctionnement et à veiller à la gestion rigoureuse de la couverture sociale surtout les IPM

.Pour être efficace, cette réorganisation devra s'accompagner non seulement d'une volonté ferme mais aussi et surtout d'actions concrètes allant dans le sens d'une amélioration du système de prise en charge.

## **BIBLIOGRAPHIE**

**1- BATCHABI ADAM, Causes générales d'accroissement des dépenses de santé d'une assurance maladie privée : cas de l'Alliance Africaine d'Assurance de Cote d'Ivoire, mémoire DSES, CESAG, Dakar 2003**

**2- BENAMOUZ D. et LAVNOIS R., La maîtrise des dépenses de santé en France, projet européen, contrat de l'UE n°QLG6.CT199900554**

**3- CAILLARD. J; WESTERHOLM .P**  
**Social Security Systems and health Insurance: Financing and Implication in Occupational Health**  
Octares editions

**4- CONTANDRIOPOULOS A.P et al. ,1990.**  
**Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer.**  
Les Presses de l'Université de Montréal

**5- DIRECTION de la PREVISION et de la STASTIQUE.2001.**  
**Situation économique et sociale du Sénégal ; édition 2000**  
Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan

**6- KOFFI Y. JOACHIM.**  
**Les déterminants de la croissance des dépenses en santé d'une assurance maladie, cas de la SIDAM, mémoire DSES, CESAG, Dakar, 2002**

**7- LETOURMY ALAIN\_1996 : analyse et voies d'amélioration**  
**L'Assurance maladie obligatoire au Sénégal**  
CNRS /Paris France

**8- LETOURMY ALAIN CERMES, CNRS**  
**Etat et Assurance maladie dans les pays africains**  
Communications aux XXVI journées des économistes  
Français de la santé  
CERDI, Clermont-Ferrand 9-10 janvier 2003

**9-Dr Fall Babacar**

Médecine du Travail dans la Prévention et la Gestion des Risques Professionnels  
ECI/GERCOM /SONATEL

**10- ICS** : Livret d'accueil- Fiche signalétique- Statistique des effectifs

**11- Journal officiel** : 1999-12-08, n° 53382 pp646-647  
Sénégal- Sécurité et santé au Travail

**12- NORMAND C. & Webbers;**

Social Health Insurance:  
Guide book for planning

**13- 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

**14- ROBIN BARLOW; FRANCOIS PATHE DIOP ; NGONE TOURE/**

Synthèse des Etudes Relatives au Financement de la Santé au Sénégal. ;  
Septembre 1991  
Consultants- Associates Inc-

**15- SOSAR:** Contrats police maladie cadres- statistiques de 1999à 2004

## **ANNEXES**

**Tableau 1 : évolution des effectifs de 1999 à 2004**

<b>Année</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>Effectifs</b>	1968	2035	2091	2199	2316	2257

**Source : DRH ICS**

**- Tableau 2 : répartition des effectifs par catégories professionnels de 1999 à 2004**

<b>Année</b>	<b>Effectifs</b>			
	<b>cadres</b>	<b>AM4- AM5</b>	<b>AM0 à AM3</b>	<b>OE</b>
<b>1999</b>	100	97	389	1382
<b>2000</b>	108	115	412	1400
<b>2001</b>	116	108	415	1452
<b>2002</b>	131	101	459	1508
<b>2003</b>	146	114	489	1567
<b>2004</b>	151	106	497	1503
<b>Total</b>	951	837	3434	11563

**Source : DRH ICS**

**- Tableau 3 : évolution des dépenses d'investissement de 1999 à 2004**

<b>Année</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>montant</b>	1 000 000	28 400 000	3 430 000	1 780 000	3 330 000	18 800 000

**Source : DRH ICS**

**Tableau 4-: répartition des dépenses d'investissement en fonction des sites de 1999 à 2004**

<b>Année</b>	<b>Sites</b>			
	<b>Darou</b>	<b>Mbao</b>	<b>Mine</b>	<b>TOTAL</b>
<b>1999</b>	1 000 000	0	0	<b>1 000 000</b>
<b>2000</b>	15 000 000	13 400 000	0	<b>28 400 000</b>
<b>2001</b>	0	3 430 000	0	<b>3 430 000</b>
<b>2002</b>	0	400 000	1 380 000	<b>1 780 000</b>
<b>2003</b>	3 330 000	0	0	<b>3 330 000</b>
<b>2004</b>	16 100 000	1 000 000	1 700 000	<b>18 800 000</b>
<b>Total</b>	<b>35 430 000</b>	<b>18 230 000</b>	<b>3 080 000</b>	<b>56 740 000</b>

**Source : DRH services médicaux (ICS)**

**- Tableau 5 - : évolution des dépenses de fonctionnement de 1999 à 2004**

<b>Année</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>montant</b>	92 229 138	157 426 500	216 443 417	195 193 068	297 122 717	297 280 969

**Source : DRH services médicaux (ICS)**

**Tableau 6 : répartition des dépenses de fonctionnement selon les sites de 1999 à 2004**

<b><u>Année</u></b>	<b><u>Sites</u></b>			<b>TOTAL</b>
	<b>Darou</b>	<b>Mbao</b>	<b>Mine</b>	
<b>1999</b>	68 006 595	7 073 693	17 138 850	<b>92 229 138</b>
<b>2000</b>	67 010 251	8 124 502	82 291 747	<b>157 426 500</b>
<b>2001</b>	77 840 700	8 870 747	129 731 970	<b>216 443 417</b>
<b>2002</b>	91 986 969	15 946 759	87 259 337	<b>195 193 068</b>
<b>2003</b>	103 819 530	30 241 783	163 061 404	<b>297 122 717</b>
<b>2004</b>	95 321 601	49 949 801	152 009 567	<b>297 280 969</b>
<b><u>Total</u></b>	<b>503 985 646</b>	<b>120 207 285</b>	<b>631 492 875</b>	<b>1 355 695 909</b>

**Source : DRH services médicaux (ICS)**

- **Tableau7: évolution des effectifs de 1999 à 2004**

<b><u>Années</u></b>				
	<b><u>hommes</u></b>	<b><u>Femmes</u></b>	<b><u>Enfants</u></b>	<b><u>Total</u></b>
<b><u>1999</u></b>	205	231	722	<b>1158</b>
<b><u>2000</u></b>	214	242	734	<b>1190</b>
<b><u>2001</u></b>	220	251	766	<b>1237</b>
<b><u>2002</u></b>	236	258	778	<b>1274</b>
<b><u>2003</u></b>	258	277	806	<b>1341</b>
<b><u>2004</u></b>	219	254	901	<b>1374</b>

**Source : DRH et Sosar**

**Tableau 8: évolution des primes de 1999 à 2004**

<b>Année</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
<b>montant</b>	322 357 465	272 374 075	337 331 153	354 027 755	425 733 860	300 032 622

- **Source : DRH et Sosar**

- **tableau 9 : évolution des dépenses de 1999 à 2004 selon la nature du sinistre**

- nous allons étudier l'évolution des dépenses de l'assurance maladie en fonction de la nature du sinistre (tableau 9-graphique 9)

<b><u>Nature du sinistre</u></b>	<b><u>Nombre et Montant par années</u></b>											
	<b><u>1999</u></b>		<b><u>2000</u></b>		<b><u>2001</u></b>		<b><u>2002</u></b>		<b><u>2003</u></b>		<b><u>2004</u></b>	
Prothèses dentaires	27	4 779 300	49	10 324 96	39	7 599 600	69	10 506 750	60	12 903 240	54	13 210 5
Hospitalisations	140	57 683 984	124	57 597 524	76	30 559 602	113	65 342 555	174	76 905 198	154	64 818 4
Consultations	1554	19 640 590	1409	18 688 366	985	13 363 219	1556	21 842 601	2026	29 388 470	2137	30 554 1
Radio	318	10 632 171	203	6 477 232	173	6 660 303	264	10 225 220	425	15 452 471	513	18 764 9
Accouchement	10	3 790 416	17	5 763 385	4	2 080 572	8	2 689 417	13	5 322 543	14	4 253 1
Massages	7	408 150	6	419 400	3	450 000	16	558 000	23	1 467 000	14	1 694 7
Frais optiques	128	9 714 381	175	17 940 243	93	10 594 925	150	17 508 291	195	21 898 482	194	23 799 9
Frais chirurgicaux	120	4 949 372	105	3 677 325	83	2 774 118	79	3 336 301	100	3 980 995	51	1 593 9
Divers	13	368 514	14	5 517 356	14	4 747 950	19	205 665	46	3 943 452	16 32	881 4
Echographie	57	1 923 840	79	2 760 120	88	2 879 100	140	4 694 670	137	4 309 290	32 26	4 968 3
Transports	0	0	0	0	0	0	02	104 310	0	0	1	54 0

<b><u>Nature du sinistre</u></b>	<b><u>Nombre et Montant par années</u></b>											
	<b><u>1999</u></b>		<b><u>2000</u></b>		<b><u>2001</u></b>		<b><u>2002</u></b>		<b><u>2003</u></b>		<b><u>2004</u></b>	
Analyses	<b>419</b>	17 189 184	<b>365</b>	17 152 925	<b>254</b>	12 749 772	<b>376</b>	16 032 982	<b>565</b>	23 892 053	575	25 026 1
Pharmacies	<b>4110</b>	46 227 577	<b>3404</b>	38 539 603	<b>2300</b>	29 395 892	<b>3169</b>	43 017 788	<b>3468</b>	46 516 474	3464	46 397 8
Soins dentaires	<b>272</b>	14 388 941	<b>275</b>	13 181 920	<b>176</b>	9 958 100	<b>266</b>	14 169 588	<b>351</b>	19 100 520	365	20 405 €
<b>TOTAL</b>												

- **Source** : Sosar

- **Tableau 10 : évolution totale des dépenses en fonction du sinistre**

-	<u>1999</u>	<u>2000</u>	<u>2001</u>	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	-
<b>Hospitalisations</b>	57683984	57597524	30559602	65342555	76905198	64818468	352 907 331,00
<b>Consultations</b>	19640590	18688366	13363219	21842601	29388470	30554169	133 477 415,00
<b>Radio</b>	10632171	6477232	6660303	10225220	15452471	18764961	68 212 358,00
<b>Accouchement</b>	3790416	5763385	2080572	2689417	5322543	4253103	23 899 436,00
<b>Massages</b>	408150	419400	450000	558000	1467000	1694700	4 997 250,00
<b>Frais optiques</b>	9714381	17940243	10594925	17508291	21898482	23799935	101 456 257,00
<b>Frais chirurgicaux</b>	4949372	3677325	2774118	3336301	3980995	1593966	20 312 077,00
<b>Divers</b>	368514	5517356	4747950	205665	3943452	881460	15 664 397,00
<b>Echographie</b>	1923840	2760120	2879100	4694670	4309290	4968360	21 535 380,00
<b>Transports</b>	0	0	0	104310	0	54000	158 310,00
<b>Analyses</b>	17189184	1715925	12749772	16032982	23893053	25026153	96 607 069,00
<b>Pharmacies</b>	46227577	38539603	29395892	43017788	46516474	46397847	250 095 181,00
<b>Soins dentaires</b>	14388941	13181920	9958100	14169588	19100520	20405610	91 204 679,00
<b>TOTAL</b>	191696420	182602495	133813153	210234138	265081188	256423232	1 239 850 626,00

**Source : Sosar**