



CESAG

**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES
SUPERIEURES EN GESTION**



**INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE
DIPLOME SUPERIEUR D'ECONOMIE DE LA SANTE**

D.S.E.S -Diplôme de 3^e cycle

3^e Promotion

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

**Analyse des dépenses médicales des
Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) au
Sénégal: impact du *risque moral*.**

Bibliothèque du CESAG



106356

Présenté et soutenu par :

Dr Ousseynou DIOP
Chirurgien Dentiste

Sous la direction de :

Idrissa DIOP,
Consultant, HYGEA

M0057DSES04

2



Janvier 2004

Analyse des dépenses médicales des
Institutions de Prévoyance Maladie (IPM)
au Sénégal:
Impact du *Risque Moral*.

Janvier 2004

©Ousseynou DIOP
ousseynou@caramail.com

DEDICACES

A tous mes défunts parents.

A toute ma famille.

A ma femme.

A tous ceux qui me sont chers.

REMERCIEMENTS

A la fin de ce travail, c'est pour moi un réel plaisir de présenter mes remerciements à :

- ▶ Monsieur Idrissa DIOP, Cabinet Hygea qui n'a ménagé aucun effort pour m'encadrer et partager avec moi toutes les informations afin de finir le travail dans de bonnes conditions ;
- ▶ Monsieur Cheick Ibra FALL, Président de l'association des gérants d'IPM et Monsieur Harouna Haby SY, du service de la statistique de l'Inspection du travail qui nous a facilité l'accès à toutes les données nécessaires à notre travail.

Mes remerciements et ma reconnaissance vont à l'endroit de tous les enseignants du CESAG pour leur sacrifice et leur dévouement à dispenser un enseignement de qualité.

J'exprime ma profonde gratitude à l'endroit de tous mes amis stagiaires et de toutes les personnes du service de scolarité pour la sympathie et l'amitié dont elles ont fait montre tout le long de notre séjour au CESAG.

Enfin pour terminer, j'exprime ma profonde reconnaissance à l'Etat du Sénégal qui a bien voulu financer ces études.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Dédicaces	i
Remerciements	ii
Liste des graphiques	vi
Liste des figures	vii
Liste des tableaux	vii
Liste des abréviations	viii
Introduction	1
I- Problématique	4
II- Présentation de l'étude	7
2-1- Objectif général de l'étude	7
2-2- Objectifs spécifiques	7
2-3- Portée de l'étude	8
2-4- Les limites de l'étude	9
I ^{ère} partie : LE CADRE THEORIQUE	
<u>Chapitre I</u> : Aperçu sur le Système de Santé Sénégalais	11
1 - Politique de santé	11
2- Le système de santé	12
3- Analyse des Indicateurs	12

Chapitre II : Etat des connaissances et Modèle théorique

I- Etat des connaissances	14
1-1- Situation de la protection sociale au Sénégal	14
1-2- Emergence et Evolution des IPM au Sénégal	18
1-3- L'assurance maladie et les risques liés à son existence	23
1-3-- L'impact du risque moral sur les dépenses d'assurance	29
1-4- Les méthodes de gestion du risque moral	33
1-5- De la spécificité des IPM face à la gestion du risque moral	36
II- Modèle théorique	38
III- Hypothèses de recherche	46

II^{ème} Partie : LE CADRE PRATIQUE ET OPERATIONNEL

<u>Chapitre I : Méthodes et procédures de recherche</u>	47
1-1- Stratégie de recherche et devis	47
1-2- Population à l'étude et sélection des cas	48
1-3- La méthode d'analyse des données	51
<u>Chapitre II : Présentation et analyse des résultats</u>	52
2. 1- Introduction à l'analyse des données	52
2-2- Analyse des données	53

2-2-1-Spécificités de la population couverte	54
2-2-2- Effets de la couverture maladie sur les dépenses	55
2-2-2-1- Niveau de dépenses par famille	59
2-3-2-2- Niveau de dépenses par personne	60
2-2-3-Analyse des dépenses selon la localité	62
2-2-3-1-Analyse des dépenses dans la région de Dakar	62
- Analyse des dépenses globales par spécialité	62
- Analyse des dépenses en médecine ambulatoire	63
2-2-3-2- Analyse des dépenses dans les autres régions	65
- Analyse des dépenses globales par spécialité	65
- Analyse des dépenses de consultations en ambulatoire	66
2-3-4- Analyse des écarts de dépenses entre les localités	67
• Comparaison des moyennes de dépenses selon les localités	68
• Comparaison des montants en proportion	70
2-2-5- Comparaison des dépenses selon le type d'IPM	72
2-2-6- Le cas particulier des dépenses en médicaments	74

Chapitre III: Discussion et Recommandations

3.1- Discussion	76
✓ contribution des IPM au financement alternatif de la santé	76
✓ l'ampleur du risque moral sur la viabilité des IPM	77
✓ disparité entre les zones géographiques (localités)	79
✓ disparités des niveaux de dépenses selon le type d'IPM	80

3. 2- Recommandations	83
✓ une redéfinition du rôle de l'état	83
✓ régulation de l'offre de soins	84
✓ Rationaliser la consommation des produits pharmaceutiques	85
✓ régulation de la demande de soins	86
✓ restructuration de l'environnement des IPM	87
CONCLUSION GENERALE	90
BIBLIOGRAPHIE	93

LISTE DES GRAPHIQUES

<u>Graphique 01</u> : Répartition des dépenses selon la localité et par type de malades	55
<u>Graphique 02</u> : Moyenne des dépenses par famille selon les catégories de malades et les localités en F CFA	59
<u>Graphique 03</u> : Moyenne des dépenses par personne et par localité	60
<u>Graphique 04</u> : Répartition des dépenses agrégées, Dakar	62
<u>Graphique 05</u> : Répartition des dépenses en ambulatoire, Dakar	63
<u>Graphique 06</u> : Répartition des dépenses agrégées, Régions	65
<u>Graphique 07</u> : Répartition des dépenses en ambulatoire, Régions	66
<u>Graphique 08</u> : Répartition des spécialistes privés par localité	67
<u>Graphique 09</u> : Moyenne des dépenses individuelles par spécialité selon la localité	68
<u>Graphique 10</u> : Part des dépenses en ambulatoire selon les localités en %	70
<u>Graphique 11</u> : Dépenses annuelles par personne et par type d'IPM	72
<u>Graphique 12</u> : Moyenne des dépenses individuelles en médicaments selon le type de malades.	74

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 01</u> : La demande de soins en fonction de la couverture social	32
<u>Figure 02</u> : Modèle théorique de financement de la santé appliqué aux IPM	40
<u>Figure 03</u> : Modalités de prise en charge d'un malade bénéficiaire d'IPM	45

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau 01</u> : Quelques indicateurs de santé du Sénégal	13
<u>Tableau 02</u> : Répartition des IPM au Sénégal et échantillon de l'étude	49
<u>Tableau 03</u> : Comparaison de la taille des familles, enquête IPM vs ESAM	54
<u>Tableau 04</u> : Moyenne des dépenses familiales par localité	59
<u>Tableau 05</u> : Moyenne des dépenses individuelles par localité	60
<u>Tableau 06</u> : Comparaison des dépenses par famille et par type d'IPM	72
<u>Tableau 07</u> : Comparaison des dépenses selon le type d'IPM	74

LISTE DES ABREVIATIONS

AI.	Collaborateur(s)
BE	Bureau Exécutif
BIT	Bureau International du Travail
CA	Conseil d'Administration
CAMICS	Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé, aux IPM et aux Comités de Santé
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNP	Conseil National du Patronat
CNTS	Confédération Nationale des Travailleurs du Sénégal
CR	Collège des Représentants
DPS	Direction de la Prévision et de la Statistique
EPS	Etablissements Publics de Santé
ESAM	Enquête sénégalaise auprès des ménages
FM	Feuille de Maladie
FMI	Fonds Monétaire International
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HMO	Health Maintenance Organizations
IB	Initiative de Bamako
IEC	Information Education et Communication
IPM	Institution de Prévoyance Maladie
IPM-E	Institution de prévoyance Maladie-Entreprise
IPM-IE	Institution de prévoyance Maladie-Inter Entreprise

IPRES	Institut de Prévoyance Sociale
LG	Lettre de Garantie
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MSPAS	Ministère de la santé et de l'Action Sociale
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PDIS	Programme de Développement Intégré du secteur de la Santé
PHR	Partnership for Health Reform
PIB	Produit Intérieur Brut
PIS	Programme d'Investissement Sectoriel
PNB	Produit National Brut
RAMUS	Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé
USAID	United States Aid for International Development

- ✓ Introduction
- ✓ Conceptualisation du problème
- ✓ Présentation de l'étude

INTRODUCTION

La période de l'après indépendance a été marquée par le dirigisme de l'Etat caractérisé par une prédominance de ce dernier aussi bien dans le financement que dans la fourniture des prestations en matière de santé, ce qui a été la reproduction d'un modèle hérité de la colonisation.

Le début des années 70 peut être considéré comme l'amorce d'un déclin économique qui s'est poursuivi jusqu'aux années 80.

En réponse à ces crises, le gouvernement du Sénégal, à l'instar des autres pays du Tiers Monde, a mis en place, sous l'impulsion des Institutions de Bretton Woods (FMI, Banque Mondiale), des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS), des réformes institutionnelles et de politique économique.

Ces réformes ont engendré des contraintes sur le secteur public et financier et, en conséquence, sur le niveau des dépenses publiques avec des effets très négatifs au niveau des secteurs sociaux notamment le secteur sanitaire.

De nombreuses études ont déjà été menées visant à mesurer l'impact des P.A.S. sur les systèmes de santé dans le Tiers Monde. Dans plus de la moitié des cas étudiés, le secteur de la santé a d'emblée souffert des difficultés budgétaires dans les pays soumis à l'ajustement structurel.

C'est ce qui a fait dire récemment à Jeffrey Sachs (économiste, conseiller à l'OMS), lors d'une conférence donnée au CRDI à Ottawa, que les P. A. S. constituent un échec et que « Vingt ans après les premières Politiques d'Ajustement Structurel, l'ajustement structurel n'existe toujours pas ; elles sont passées complètement à côté de la question ».

Ces réalités économiques se traduisent sur le terrain par la détérioration des

infrastructures sanitaires faute d'investissements conséquents, une désertion des structures sanitaires par les agents de santé démotivés et des populations livrées à elles-mêmes, obligées de rechercher d'autres modes de prise en charge de leurs problèmes de santé.

De nos jours, tout le monde s'accorde sur les limites du financement exclusif de la santé par l'Etat. En plus de la rareté des ressources mobilisables vers le secteur de la santé, celles-ci ne sont pas utilisées de manière efficace et équitable, sans parler des mauvaises politiques d'allocation des ressources et leur utilisation.

C'est pourquoi, en plus de la contribution de l'Etat, il s'est avéré nécessaire de faire appel au financement extérieur par les bailleurs de fonds, à l'apport des entreprises et de plus en plus à la contribution des ménages. Mais très tôt, on s'est rendu compte que cette contribution ne facilite pas la recherche d'une solidarité entre les usagers. Ainsi la fréquentation des services de santé reste limitée et rien n'indique une amélioration notable de l'état de santé des populations.

Actuellement, un large consensus semble se dessiner sur les limites de la participation des ménages et la nécessité d'introduire de nouveaux modes de financement visant à intégrer cinq objectifs difficilement conciliables : *l'efficacité, la maîtrise des coûts, la qualité des soins, la participation communautaire et l'équité sociale*. C'est pourquoi, le domaine de la mutualisation du risque maladie et de l'assurance maladie devient une des priorités dans les réformes du système de santé dans les pays en développement.

Cette recherche de modes de financement alternatif a été d'autant plus nécessaire que les dépenses de santé ne cessent d'augmenter.

En Afrique, la situation est exacerbée par la forte croissance démographique, une

morbidity élevée liée aux conditions de vie défavorables des populations, la recrudescence de maladies chroniques, et l'émergence de nouvelles maladies. Une situation qui se traduit sur le terrain par une difficulté accrue des ménages à faire face aux dépenses de santé.

C'est ainsi que dans le souci d'améliorer l'accès aux services de santé et de se conformer aux recommandations de l'OIT, l'Etat du Sénégal adopta la loi 75-50 du 03 avril 1975, définissant un cadre général des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM).

Au Sénégal, le régime des IPM constitue le système d'assurance maladie obligatoire par excellence. Les IPM sont chargées de la prise en charge partielle de frais médicaux occasionnés par les employés et leurs familles, sur la base de cotisations versées par les travailleurs et leurs employeurs(41).

Au moment où nos gouvernants et beaucoup de partenaires au développement se penchent sur les possibilités d'élargissement de la couverture maladie aux secteurs informel et rural, il est important de se pencher sur les facteurs qui peuvent entraver la viabilité des IPM et penser à l'amélioration de l'environnement des IPM.

En Afrique, quelques régimes d'assurance ou de protection maladie à caractère obligatoire ont été organisés au sein du secteur formel (salariés d'entreprises, fonctionnaires), mais qui couvrent au mieux 10 à 15% de la population(42).

C'est pourquoi, il nous est paru utile, d'analyser le comportement et les incitations des différents acteurs impliqués dans le secteur des IPM qu'ils soient consommateurs, producteurs ou acheteurs de soins.

C'est seulement après qu'on pourra faire ressortir les facteurs de risque susceptibles d'entraver la viabilité des IPM, ce qui nous permettra de proposer des mesures susceptibles d'améliorer la situation des IPM.

I- PROBLEMATIQUE

La protection sociale a pour fonction de garantir aux travailleurs des ressources dans certaines éventualités où ils sont empêchés de recevoir un salaire(29) .

Qu'ils s'agissent de la fourniture de prestations familiales ou de soins médicaux, les systèmes de protection sociale constituent un facteur de paix et de bien être social au sein de la société.

Au Sénégal, la protection sociale est bien perçue comme une activité d'intérêt général dans le cadre du droit public. Cette reconnaissance s'est faite par voie législative opérée par les lois 7337 du 31 Juillet 1973 et 7550 du 03 Août 1975.

L'assurance maladie qui fonctionne sous le modèle des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) est régie par décret n° 75-895 du 14 Août 1975 faisant obligation à tout employeur de créer ou de s'affilier à une IPM. Cette dernière est définie comme « un organisme chargé de servir des prestations, par la prise en charge ou le remboursement partiel de frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, de frais d'analyses médicales, d'hospitalisations et autres, engagées par ses membres participants, dans la limite du territoire sénégalais ».

Les IPM constituent à côté de la Caisse de Sécurité Sociale (CSS) chargée des allocations familiales, et de l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) chargée de l'assurance vieillesse, les 03 branches de la protection sociale des travailleurs.

Par définition, les IPM constituent un système décentralisé d'assurance maladie obligatoire à but non lucratif pour les travailleurs salariés non fonctionnaires et non contractuels de l'Etat. C'est ainsi que chaque IPM dispose d'une marge d'autonomie pour organiser son fonctionnement, définir les taux de cotisation et

les types de prestations à prendre en charge et choisir les professionnels de santé à agréer.

L'émergence des IPM marque le début d'un processus de séparation des fonctions de financement et de prestation de service dans le secteur de santé. Elles ont contribué à l'éclosion et au développement de l'initiative privée dans le système de prestation de soins et la distribution des produits pharmaceutiques(17).

Certains auteurs dont LeTourmy estiment la contribution des IPM au financement de la santé à près de 6.5 milliards de F CFA par an ; en outre, elles assurent une bonne partie des recettes des structures privées de soins, et de plus en plus des Etablissements Publics de Santé.

Cependant les IPM font aujourd'hui l'objet d'un constat de non performance, une situation qui serait due à une difficulté de gestion avec des charges supérieures aux produits ; mais aussi un problème de comportement irrationnel des assurés (les participants et les membres de leur famille) donnant lieu à des abus et des fraudes préjudiciables à la viabilité de ces institutions.

D'autres insistent sur le caractère obsolète des textes régissant les IPM et sur l'absence de l'Etat dans son rôle de tutelle et de régulateur qui lui est dévolu (25 ;42).

En effet, une crise généralisée du système aura des conséquences fâcheuses sur le plan économique et social, sans compter les difficultés de survie des différentes structures de prestations privés en matière de santé qui en découlera.

C'est pourquoi, il est nécessaire d'initier des réflexions économiques en rapport avec la croissance des coûts, mais aussi une remise en question de l'efficacité du système, tant au point de vue économique, organisationnel et social, que du point de vue médical.

En tant que système d'assurance maladie, les IPM n'échappent pas à l'émergence d'écueils inhérents à la mise en place de toute assurance maladie que sont : la fraude, le risque moral et la sélection adverse.

En ce qui nous concerne, nous nous proposons dans cet étude d'analyser les dépenses médicales des IPM, en insistant sur l'impact du risque moral sur la viabilité de ces dernières. En effet le risque moral de surconsommation apparaît dès lors que l'organisme assureur couvre sans réserve le coût des examens et traitements, qui apparaissent alors *ex post* comme « gratuits » aux malades et à leurs médecins(15 ;33).

Mais la problématique de l'aléa moral lie de manière intime la question de l'accès aux soins de santé et celle de la surconsommation. En effet un prix élevé peut constituer une barrière à l'accès aux soins « nécessaires » par les plus démunis, par contre un haut niveau de couverture peut entraîner une consommation jugée excessive(15).

La lutte contre le risque moral a fait l'objet d'études théoriques et d'innovations institutionnelles. On peut y distinguer les mesures destinées à restreindre la demande de soins coûteux par les malades et les mesures visant à décourager ou pénaliser les prescriptions et la prestation de soins coûteux par les tiers agents (contrôle de l'offre). En ce qui nous concerne, nous pensons que quelle que soit l'explication finale de la croissance des dépenses, il importe de soumettre celles-ci à une analyse économique, pour tenter d'en apprécier l'efficacité. Cette démarche choque parfois : selon certains, la vie n'a pas de prix, et sa conservation (par les soins médicaux) échappe au calcul économique ; seul compte l'intérêt du malade, et tous les moyens humains ou techniques connus doivent être mis en œuvre pour le soigner.

Toutefois, pour infini que soit notre respect pour la vie, la demande de santé est

limitée pour nos ressources, qui ne sont pas elles infinies ; de surcroît, les dépenses de santé entrent en concurrence avec celle d'autres secteurs : sécurité, confort, éducation... Nous sommes ainsi obligés d'opérer des choix.

En matière d'assurance maladie, les partisans de la théorie des défaillances du marché postulent que le caractère incertain de la maladie et de son traitement, et les asymétries d'information peuvent engendrer des comportements opportunistes de la part des assurés ou des producteurs de soins.

Le secteur des IPM n'échappe pas à cette règle et la difficulté financière que traverse la majorité d'entre elles, dénote une certaine incapacité à enrayer la croissance des dépenses de santé .

Afin de cerner la pertinence de ces hypothèses, il nous est paru opportun d'analyser les dépenses de santé des IPM sous l'angle du risque moral, et de voir dans quelle mesure il entraverait la viabilité de ces dernières.

II - PRESENTATION DE L'ETUDE

2-1- Objectif général :

Promouvoir la viabilité des IPM au Sénégal en mettant à la disposition des gérants des IPM et des décideurs les informations nécessaires à une gestion du risque moral de surconsommation afin d'améliorer la maîtrise des dépenses de santé .

2-2- Objectifs spécifiques :

- i. Mieux comprendre le risque moral dans le cadre des IPM.
- ii. Faire ressortir les facteurs favorisant l'émergence et la manifestation du risque moral.
- iii. Analyser les coûts des prestations fournies aux bénéficiaires sur la base des factures des prestataires agréés par les IPM en faisant ressortir

éventuellement le niveau et l'évolution des coûts des soins en fonction du type de prestation.

- iv. Analyser le risque moral en essayant d'apprécier la fréquentation des prestataires de soins de santé par les bénéficiaires des IPM .
- vii. Proposer des options pour une meilleure gestion du risque moral.

2-3- Portée de l'étude :

Devant la maladie et la douleur, le revenu ne doit pas constituer une barrière quant à l'accès à des services de santé de qualité. Selon la déclaration universelle des droits de l'homme, la sécurité sociale est un droit universel et tout être humain a droit à un niveau de santé et de bien-être (alimentation, habillement, logement et soins médicaux) en accord avec le respect de sa dignité et de son développement personnel. Chacun doit donc avoir la possibilité de satisfaire ce besoin.

L'amélioration de la situation actuelle des IPM est un impératif afin de crédibiliser l'assurance maladie au Sénégal, surtout au moment où la promotion des mutuelles de santé nécessite un modèle de réussite de la prise en charge du risque maladie. Récemment le Gouvernement du Sénégal a mis sur pieds La Cellule d'Appui aux Mutuelles, IPM et Comités de Santé (CAMICS) pour la promotion et l'accompagnement des initiatives en faveur des mutuelles de santé et l'amélioration de la performance des IPM.

La présente étude se veut une contribution, étant donné que toute réforme des IPM devrait avoir comme point de départ, un diagnostic sans complaisance du secteur et une parfaite compréhension des incitations des acteurs en présence (bénéficiaires, prestataires de soins de santé, IPM, Etat).

Le Diplôme Supérieur d'Economie de la Santé s'inscrit dans la logique de fournir aux Etats Africains des cadres nationaux capables de faire face aux défis du financement de la santé. Car, comme il importe de le noter, derrière chaque option (de financement), il existe des enjeux qui permettent de répondre plus ou moins bien au souci partagé de viabilité, d'efficience, et d'équité. C'est ainsi que dans le cadre de cette étude nous tenterons de mettre à la portée des décideurs les moyens nécessaires à une meilleure gestion du risque maladie en vue d'améliorer la maîtrise des dépenses de santé mais aussi optimiser les moyens mis à la disposition des IPM afin de répondre au mieux aux besoins de santé des bénéficiaires.

2-4- Limites de l'étude :

Les IPM constituent une source importante d'informations sur la consommation des soins et services de santé.

Cependant la compilation de ces informations à des fins de recherche fait face à des contraintes du fait que leur stockage n'obéit pas toujours à des règles de classement standardisées et uniformes si l'on passe d'une IPM à une autre.

La qualité des données quantitatives n'est pas toujours satisfaisante, ce qui vient confirmer les problèmes de gestion des IPM. En outre les informations sur l'âge, le sexe, le caractère *bénéficiaire* ou *adhérent* ne sont pas toujours précisés.

Très souvent les informations sont incomplètes ou mal collectées, sans compter le refus catégorique de certains gestionnaires de communiquer des données comptables et financières.

Concernant les données issues de l'Enquête sénégalaise Auprès des Ménages(ESAM), elle concerne aussi bien des personnes couvertes que non couvertes, et sont bien représentatifs de la population sénégalaise en général.

Première Partie:

LE CADRE THEORIQUE

Chapitre I: Aperçu sur le Système de Santé Sénégalais

1 - Politique de santé

Le Sénégal a compris très tôt l'importance du secteur de la santé dans tout processus de développement. Le pays a réaffirmé cette volonté notamment par l'article 14 de la constitution et par la ratification des textes internationaux tels que la déclaration universelle des droits de l'homme, la charte de l'OUA et la convention des Droits de l'Enfant.

Diverses réformes ont été initiées dans le passé, dont la plus récente, le Programme d'Investissement Sectoriel de la santé et de l'action sociale (PIS), dont l'objectif est de rendre le cadre réglementaire plus adaptée aux activités sanitaires, améliorer la qualité réglementaire de l'Etat dans la fourniture de services et infrastructures de base, renforcer la dynamique d'intégration des régions et harmoniser la coopération internationale.

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) qui couvre une période de 5 ans (1998-2002), est la traduction concrète des priorités en matière de santé. Les objectifs visés sont : la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile et juvénile et la maîtrise de la fécondité.

La mise en œuvre des activités découlant des différentes orientations stratégiques dégagées ne peut être effective sans une mobilisation importante des ressources humaines, matérielles et financières.

Les activités planifiées par l'ensemble des structures découlent des stratégies définies et adoptées pour le développement des ressources humaines, la mobilisation et la rationalisation des moyens financiers et l'amélioration de l'accessibilité des services de santé et d'action sociale en réhabilitant des formations sanitaires existantes et en construisant de nouvelles formations notamment. Le programme accorde ainsi une large place à la surveillance

épidémiologique, à la santé de la reproduction, aux IST /SIDA et au contrôle des maladies endémiques : le paludisme, la bilharziose, l'onchocercose et la tuberculose. Le PDIS est exécuté annuellement par le biais des plans d'opérations (PO) produits par tous les acteurs du système sanitaire.

2- Le système de santé

Elle 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. Le système de santé du Sénégal se présente sous la forme d'une pyramide à trois niveaux : l'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire ; l'échelon régional qui correspond à la région médicale ; et l'échelon central.

Le Sénégal compte actuellement 50 districts sanitaires, répartis dans les 10 régions administratives que compte le pays . Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Chaque district est géré par un médecin chef.

Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs lieux de communauté rurale et/ou les villages relativement peuplés, et sont gérés par des infirmiers chef de poste et des agents sanitaires.

Chaque région médicale correspond à une région administrative et est dirigée par un médecin de santé publique qui coordonne les activités de santé à ce niveau.

Le niveau central comprend outre le cabinet du Ministre, les Directions et les services rattachés.

3- Analyse des Indicateurs

Le financement de la santé est apparu comme une préoccupation partagée par l'autorité sanitaire et l'ensemble des acteurs. Plusieurs études ont été menées

pour trouver les solutions idoines aux différents problèmes de santé. Ainsi, l'ensemble des stratégies développées, tend à accroître les moyens tout en les rationalisant, qu'il s'agisse du développement des ressources humaines, du financement de la santé, de la réhabilitation des structures notamment.

L'Etat est le principal bailleur du secteur de la santé (53%), les partenaires au développement contribuent à hauteur de 30%, les populations participent pour 11%, les collectivités locales pour 6%. Le budget que l'Etat alloue au Ministère de la santé est une traduction éloquent de son engagement face aux problèmes socio-sanitaires cruciaux des populations.

A ce titre, l'OMS recommande aux Etats de consacrer au moins 9% de leur budget de fonctionnement au Ministère de la santé. Dans cette optique, depuis 1993, le Sénégal a décidé d'augmenter de 0,5% la part du secteur de la santé dans le budget national. Le budget de fonctionnement de la Santé a connu une augmentation en valeur absolue ; il est passé de 18,7 milliards à 23,2 milliards entre 1996 et 1999 . Rapporté au budget de fonctionnement de l'Etat, il est passé de 7,25% à 7,85% pour la même période.

Malgré tout, l'évaluation de la situation du personnel et des infrastructures reflète des insuffisances, qui ont des répercussions négatives sur la santé des populations, caractérisé par une mortalité élevée chez les femmes et les enfants.

Tableau 01 : Quelques indicateurs de santé du Sénégal (an 2000)

Situation du Sénégal	Recommandation de l'OMS
Personnel	
01 médecin pour 17 000 habitants	01 médecin pour 5 à 10 000 habitants
01 infirmier pour 8 700 habitants	01 infirmier pour 300 habitants
01 sage femme pour 4 600 femmes en age de reproduction	01 sage femme pour 300 femmes en age de reproduction
Infrastructures	
01 poste de santé pour 11 500 habitants	01 poste de santé pour 10 000 habitants
01 centre de santé pour 175 000 habitants	01 centre de santé pour 50 000 habitants
01 hôpital pour 545 800 habitants	01 hôpital pour 150 000 habitants

Chapitre II : Etat des connaissances et modèle théorique

I - Etat des connaissances

1-1 - Situation de la protection sociale au Sénégal

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la question de la protection sociale et de l'assurance maladie au Sénégal sous l'égide des ONG, des partenaires au développement, ou de l'Etat.

Ceci a été motivé par la préoccupation de mieux cerner l'organisation de ce secteur et d'analyser ses capacités dans le financement de la santé avec tous les effets que cela implique aussi bien sur le plan macroéconomique que sur le plan de l'amélioration de la santé des populations.

La Fondation Friedrich Ebert a commandité une étude sous la direction de Mr Waly NDIAYE sur *Le système de protection sociale au Sénégal, situation actuelle et perspectives d'évolution (1996)*. L'étude a noté d'emblée que dans chaque pays la protection sociale est tributaire du niveau de développement et de la politique sociale.

Selon l'auteur le système Sénégalais de protection sociale est constitué de trois institutions autonomes qui sont : la Caisse de Sécurité Sociale, l'Institution de Prévoyance Retraite, et les Institutions de Prévoyance Maladie.

Son constat est clair, la protection sociale fondée sur le salariat semble avoir atteint ses limites et la restriction de son champ d'application à une minorité de la population (secteur informel et milieu rural exclus) soulève de plus en plus un problème d'équité et de justice sociale.

Concernant les perspectives d'évolution, il note que la protection sociale, bien qu'étant perçue comme un service public, sa gestion gagnerait à être

effectuée selon les règles du droit privé avec un droit de regard de l'Etat, contrepartie de la délégation de mission de service public.

Cette gestion de type privé des organismes sociaux aura les objectifs suivants : *équilibre financier, autofinancement, rentabilité des placements et développements des réserves.*

Dans le cadre de son mémoire de fin de formation pour l'obtention du Diplôme Supérieur de Gestion des Services de Santé au CÈSAG, Mr André OKO a publié un travail sous le thème de *Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé : Cas du Sénégal (1992)*. L'étude s'est donné comme objectif de comprendre l'organisation et le fonctionnement des mécanismes modernes de l'Assurance Maladie commerciale ou sociale. Elle devait initier la réflexion sur l'Assurance Maladie comme approche de financement des soins de santé et sa capacité d'aider les gouvernements à consacrer des ressources aux autres secteurs prioritaires de la santé. L'étude a noté que la question de la prise en charge des soins de santé et son financement est l'une des composantes de la nouvelle politique sanitaire nationale ; notamment la participation des populations à l'effort de santé. De même l'assurance maladie comme système de partage de risque est régie par deux principaux régimes : le régime de prévoyance maladie (IPM) et le régime des assurances commerciales. L'auteur considère les IPM comme des sortes de coopératives de gestion de la maladie au sein de l'entreprise mais qui rencontrent actuellement des problèmes de gestion et d'encadrement. L'expérience du Sénégal a le mérite d'avoir permis aux populations de s'imprégner du concept d'Assurance Maladie. Bien canalisée et bien coordonnée, elle peut aider les pouvoirs publics à mieux optimiser l'affectation des ressources vers d'autres programmes prioritaires de santé et à aider les

populations à mieux prendre en charge leurs soins de santé.

Parlant des pistes de recherche futures, l'auteur insiste sur la nécessité d'une évaluation globale des IPM après une vingtaine d'années d'existence. Aussi, selon lui des recherches spécifiques devraient être initiées pour analyser les changements de comportement intervenus, aussi bien au niveau des dispensateurs que des consommateurs de soins de santé, avec l'avènement du système de prévoyance maladie et leurs conséquences financières sur les prestataires.

En 1998, dans le cadre d'une étude commanditée par le Ministère de la Santé du Sénégal, le groupe de recherche SERDHA(43)a entrepris une étude visant à déterminer dans quelle mesure les informations découlant de l'expérience des IPM, depuis un vingtaine d'année sur les risques d'occurrence de la maladie, la fréquentation des structures sanitaires et les coûts de la prise en charge des services des prestataires du système de santé, pouvaient servir de base pour la détermination des paquets de bénéfiques et des taux de contribution au niveau des mutuelles de santé.

Les auteurs partent du postulat que les populations des IPM présentent des caractéristiques socioculturelles comparables à celles des populations non couvertes et ayant les potentialités de s'organiser en mutuelles de santé. Par conséquent, les changements de comportement de la demande, qui résulteraient d'une réduction des contraintes financières d'accès aux soins de santé parmi les populations qui participeraient dans les mutuelles de santé, tendraient vers des schémas similaires à ceux observés actuellement parmi les populations couvertes parmi les IPM.

L'analyse de la consommation des services médicaux et des produits pharmaceutiques par niveau et par type de bénéficiaires (participant, époux, épouses, enfants) montre que les consultations de généralistes sont les plus élevées, ensuite viennent les soins gynéco-obstétriques.

Sur la base des données de l'échantillon des IPM, il coûterait en moyenne à chaque bénéficiaire 3100 CFA par mois pour financer les prestations de soins et des produits pharmaceutiques, dont 1600 FCFA pour seulement les produits pharmaceutiques.

Cependant des critiques peuvent être apportées quant à la méthodologie et aux conclusions de l'étude :

- ✓ dans le cas des IPM les contributions sont réparties entre les employeurs et les employés alors qu'elles sont supportées exclusivement par les adhérents dans le cas des mutuelles de santé ;
- ✓ il serait souhaitable de comparer ces niveaux de consommation des biens et services de santé avec ceux d'une population non couverte par une assurance maladie. Ce qui permettrait de préciser dans quelles proportions les niveaux de consommation sont influencés par l'existence d'une assurance maladie ;
- ✓ la population couverte par les IPM est essentiellement concentrée à Dakar qui polarise plus de 80% des IPM. Or les caractéristiques socioculturelles et démographiques des populations de l'intérieur du pays sont très dissemblables de la population dakaroise. Ce qui impose certaines précautions lors de la détermination des paquets de bénéfices et des taux de contribution des mutuelles de santé sur la base de l'expérience des IPM.

Plus récemment dans le cadre de son mémoire de fin de formation au CESAG pour le diplôme supérieure d'économie de la santé, Mr KODJO Niamké Ezoua(25) a présenté un travail sur le sujet : *Analyse des facteurs déterminant la viabilité des IPM au Sénégal (2001)*. Le but de l'étude était de contribuer à une meilleure connaissance des IPM et surtout analyser les facteurs qui pourraient constituer un frein à leur pérennité.

L'auteur a remarqué que les IPM - Entreprise (qui concernent une seule entreprise) sont économiquement moins viables que les IPM-Interentreprises (qui polarisent plusieurs entreprises). Ces dernières ont certains atouts liés à leur plus grande taille, à de meilleurs taux de recouvrements de leurs créances et la mise en place de mécanismes de contrôle de gestion.

Aussi note-t-il la nature obsolète des textes régissant les IPM qui est de nature à freiner toute initiative tendant à amener les IPM sur le chemin de la performance et de l'efficience.

1-2-Emergence et évolution des IPM au Sénégal

La naissance des IPM répond à la volonté de l'état sénégalais de se mettre en conformité avec les lois et recommandations internationales . C'est ainsi que le Sénégal, en accord avec la convention 102 de l'OIT régissant la protection sociale des travailleurs, décida d'introduire la protection des travailleurs salariés des secteurs public et privé ainsi que leurs familles. L'une des caractéristiques de ce secteur est la stabilité des ressources (basées sur le salaire), donc la facilité de la collecte des primes.

C'est ainsi que la création des IPM chargées de la gestion de l'assurance maladie des travailleurs salariés du secteur privé fut rendue obligatoire par la loi 75 50 du 03 Avril 1975 qui prévoit l'existence d'Institution de Prévoyance Sociale et le

décret 75 895 du 14 Août 1975 qui définit et organise les IPM.

Le régime des IPM est contributif à parité égale entre l'employé et l'employeur; le taux de cotisation minimum est de 6 % du salaire du travailleur plafonné à 60 000 FCFA /mois soit 3 600 FCFA à verser par mois.

Les IPM sont reconnues et rendues obligatoire par la législation sénégalaise .

L'IPM est définie comme « un organisme chargé de servir des prestations par la prise en charge ou le remboursement partiel des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'analyses médicales, d'hospitalisations et autres, engagés par ses membres participants, dans les limites du territoire sénégalais ».

Les taux de remboursement varient de 40 à 80 % selon les IPM.

En effet chaque IPM, sur décision de son assemblée générale a la possibilité de fixer ses taux selon ses capacités. L'IPM est gérée par des organes délibérants comprenant les membres participants (les travailleurs), les membres adhérents (les employeurs), et des membres d'honneurs (la direction ou le chef d'entreprise).

Le fonctionnement d'une IPM se fait à travers quatre organes :

- le collège des représentants (CR), substitut de l'assemblée générale des membres participants et des représentants des adhérents, se prononce sur la gestion et peut modifier les statuts ;
- le conseil d'administration (CA), élu au sein du collège, assure l'exécution des décisions du collège, et a les pouvoirs les plus larges à l'égard de tous les actes non réservés à celui-ci. Il élit un président, un vice-président et les membres d'un bureau exécutif (BE) ;
- Le Bureau exécutif (BE) est composée du président et du vice président du CA, d'un gérant, d'un secrétaire général et d'un trésorier élus au sein du CA. Toutefois le gérant peut ne pas être élu, mais recruté par contrat de travail. Il est investi des pouvoirs de gestion quotidienne. Le BE est élu pour 02 ans.

- Le président du Conseil d'administration réunit le CR et le CA et représente l'IPM dans tous les actes de la vie civile : (27 ;29)

La représentation des employés est majoritaire dans ces organes , le poste de trésorier étant néanmoins réservé à un représentant des adhérents.

Le gérant et le secrétaire peuvent être des employés à temps plein (donc payés par l'IPM) ou à temps partiel. Dans ce dernier cas, ce sont des agents permanents de l'entreprise à qui on a confié la gérance de l'IPM.

Sur le plan de la tutelle et de la coordination intersectorielle, les IPM ne dépendent d'aucune structure sauf de façon spécifique de leur assemblée générale. Le Ministère du Travail a un service spécialisé dans les questions de sécurité sociale, mais n'assure pour autant aucun contrôle sur ces institutions. Chaque IPM a son règlement intérieur établi selon les textes définis par le Ministère du Travail. Actuellement, rares sont les IPM qui déposent régulièrement un rapport d'activité et financier annuel au niveau de ce Ministère. Ce qui pose un problème quant à la détermination de leur nombre , de leur répartition à travers les dix régions du territoire sénégalais, du nombre précis de personnes prises en charge et de leur chiffre d'affaire. Une enquête est actuellement en cours pour combler ce déficit d'informations et initier des réformes pour assainir le système.

Les fonctions de l'IPM reposent sur trois piliers fondamentaux, à savoir :

- ✓ Assurer une meilleure santé aux travailleurs salariés et aux membres de leurs familles ;
- ✓ Responsabiliser les travailleurs, par une participation directe à la gestion, avec l'appui des employeurs ;
- ✓ Créer une chaîne de solidarité entre les travailleurs.

Le système de partage de risque suscite actuellement beaucoup d'intérêts de la

part des gouvernements et des organismes de financement. Il semble être un moyen équitable de mobilisation de ressources, car il permet de convertir d'imprévisibles dépenses futures en paiements budgétisables à l'avance. De ce fait, le système d'assurance peut mettre à l'abri le souscripteur des aléas d'indisponibilité financière.

Cet objectif reste très noble, surtout dans nos pays où l'économie reste faiblement monétarisée, avec une population à pouvoir d'achat très faible, et dont une partie importante risque d'être exclue du système de santé même pour les soins les plus élémentaires.

Les IPM, comme branche de la protection sociale, doivent tendre à satisfaire, par le recours à la solidarité, le besoin de sécurité matérielle des individus contre les aléas de l'existence qui repose sur le salaire en particulier et le revenu en général.

L'avènement des IPM a été une innovation majeure dans le secteur de la santé en ce sens qu'elles marquent un tournant décisif dans la séparation des fonctions de prestations et de financement de la santé. Elles ont favorisé l'éclosion et le développement de l'initiative privée dans le système des prestations de soins et la distribution des produits pharmaceutiques. A ce titre il est intéressant de noter que les IPM participent jusqu'à 60% des honoraires des médecins et des dentistes et jusqu'à 50 % du chiffre d'affaires des pharmacies.

Après 26 ans d'existence, les IPM permettent à bien de Sénégalais (700 000 travailleurs et leurs familles) de prendre en charge leurs frais médicaux dont les coûts ne cessent de croître.

Aujourd'hui la plupart des IPM ont des difficultés financières pour la prise en charge des frais engagés par leurs adhérents et même certaines sont en faillite.

A ce titre, il faut noter que le nombre des IPM est passé de 350 en 1994 à 150

IPM en 1996. Ce chiffre ne cessent de décroître, et à l'an 2001 seules 111 IPM restent fonctionnelles.

Pour expliquer cette situation plusieurs raisons sont évoquées, à savoir des problèmes de cohérence globale dans le fonctionnement, une mauvaise comptabilité, le caractère des textes régissant les IPM devenus obsolètes, des détournements, une surconsommation médicale due au comportement abusif des bénéficiaires (malades) et des prestataires de soins (médecins, dentistes, pharmaciens).

L'organisation des régimes d'assurance peut être soit directe soit indirecte. Dans les régimes d'assurances directes, l'institution responsable du financement des services de soins de santé (l'assureur) est aussi le prestataire ; il est également responsable de la manière dont ces services sont donnés et le volume de services utilisé pour traiter le patient. Les régimes d'assurance directs sont souvent plus efficaces, financièrement parlant, car ils contiennent en eux des incitations à maintenir le coût des services à un niveau aussi bas que possible(42).

Dans les systèmes d'assurance indirects encore appelés système de « tiers payant », l'assureur est un organisme distinct du prestataire de soins de santé comme dans le cas des IPM. Ce qui fait que le prestataire de soins est moins enclin à gérer efficacement l'évolution des coûts médicaux.

1-3-L'Assurance Maladie et les risques inhérents à son existence

L'assurance maladie est définie comme le moyen par lequel des risques ou événements incertaines, sont partagés par un grand nombre de personnes.

L'assureur (ou son agent) perçoit des primes qui sont utilisées pour dédommager les personnes assurées de pertes financières résultant d'un cas couvert par l'assurance.

Quelques conditions président à la mise en place de l'assurance :

- L'incertitude de l'événement ;
- La possibilité de prédire la probabilité d'un risque pour un grand groupe d'individus même si cette probabilité n'est pas prédictible au même degré sur le plan individuel.

Il faut donc par conséquent que les risques soient partagés ou répartis entre un très grand nombre de personnes, et que les risques eux mêmes soit indépendants les uns des autres.

Dans tous les régimes d'assurances, les personnes paient un montant fixe à l'avance (la prime) qui leur donne le droit de consommer des services futurs, seulement si ces services sont nécessaires (en cas de maladie).

Le niveau de la prime est fixé en multipliant la probabilité qu'un particulier aura besoin des services couverts (à savoir la probabilité de maladie) par le coût moyen des services couverts, plus une participation équitable aux frais administratifs et au profit désiré. Ces primes calculées sur la base des fréquences statistiques de la maladie dans la population s'appellent des primes actuarielles .

Ces primes actuarielles sont difficiles à appliquer d'une façon rigoureuse dans les pays en développement du fait de l'insuffisance de données et d'informations fiables sur la probabilité de survenue de la maladie, sur la perception des populations sur les probabilités de pertes, et de leur désir de payer à titre préventif.

L'assurance maladie est souvent perçue comme un mécanisme de financement alternatif de la santé dans les pays en développement. En théorie, elle permet de rassembler des ressources supplémentaires sans imposer une charge excessive au secteur public. Aussi devrait-elle faciliter un meilleur accès à des services de santé de qualité.

A ce titre, il est intéressant de noter que les IPM, comme toute assurance

maladie sociale obligatoire, quelle que soit la population couverte, remplit deux fonctions : elle mutualise le risque comme le ferait toute assurance et elle redistribue les ressources puisque les recettes sont fonction des salaires ou des revenus et non des risques encourus. Mais dans tous les cas, des capacités de tarification et de gestion constituent un préalable évident à un système d'assurance maladie qui ne consiste pas seulement en une mobilisation de ressources.

Cependant, la présence de l'assurance maladie engendre des problèmes liés aux diverses incitations, très souvent contradictoires, des acteurs de l'assurance maladie que sont : les assureurs, les producteurs de soins et les assurés.

Ces problèmes peuvent menacer la viabilité du système d'assurance maladie, si des moyens efficaces de gestion du risque ne sont pas mis en place. On peut citer certains problèmes dont: le risque moral, la sélection adverse, la fraude, sans compter la demande induite par les producteurs de soins.

a-Le risque moral :

La notion de risque moral est définie comme la tendance que manifestent certaines personnes, une fois assurées, à se comporter de manière à accroître la probabilité ou l'ampleur du risque contre lequel elles se sont assurées.

Ce problème surgit parce que les assurés n'ont plus à effectuer de paiements directs au moment où ils consomment ces services, bien qu'il en coûte toujours de les produire

Selon la théorie économique de l'assurance, les adhérents à un système soins organisant la mutualisation du risque maladie doivent consommer davantage, car il est individuellement rationnel pour eux de réduire leurs efforts d'autoprotection et de reporter sur la collectivité des assurés la dépense supplémentaire engendrée par leurs comportements plus risqués . De tels comportements, que la

théorie économique qualifie de « risque moral » (« moral hazard »), et qui sont plutôt des biais d'amoralité, peuvent également s'interpréter dans les termes de la parabole du « passager clandestin » en économie publique : je peux prendre le risque que je veux, les autres paieront pour moi par le canal de l'assurance.

Le risque moral a ainsi pour conséquence une « surconsommation » des ressources de santé, et à long terme une fragilisation de la santé financière des compagnies d'assurance(15 ;25).

Ainsi si la demande de biens et services médicaux est sensible aux prix, l'existence d'un système de couverture sociale généralisée induit deux facteurs de surconsommation, d'autant plus importante que l'élasticité prix est élevée.

En premier lieu, en réduisant le prix supporté directement par les patients, l'assurance accroît la consommation médicale.

En second lieu, cet effet est amplifié par la déformation de la courbe de demande de soins consécutive à la diminution des efforts d'autoprotection des assurés.

Toutefois, si l'assurance produit des distorsions des comportements individuels, elle reste souhaitable puisque un bon état sanitaire de la population procure collectivement des bénéfices. Ses « externalités » positives sont particulièrement évidentes dans le cas des maladies contagieuses pour lesquelles le risque de contamination s'accroît avec la proportion de la population déjà contaminée.

En fait, les comportements de « risque moral » sont particulièrement difficiles à déceler. Lorsque la couverture maladie est de type obligatoire comme c'est le cas des IPM, l'observation des différences inter-individuelles de consommation médicale permet difficilement de déceler de tels comportements. En revanche, cela pourrait se faire de façon plus aisée si le contexte de l'étude était un modèle

facultatif de couverture maladie.

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

Il y a sélection adverse ou anti-sélection lorsque les individus courant un risque plus élevé de maladies s'affilient à un programme d'assurance dans une proportion plus large que ce n'est le cas dans la population générale. Dans la littérature, on dit que « seules les mauvais risques s'assurent », c'est à dire des personnes malades ou présentant une grande probabilité de tomber malade.

Il est vraisemblable, selon SHEPARD et al. (1992), que les personnes quasi certaines de courir un risque plus grand de tomber malade souscriront massivement .

Du fait que les cotisations ou primes sont calculées sur la base de la probabilité statistique moyenne de la maladie dans la population globale, le coût engendré par le grand nombre de membres présentant des grands risques, peut compromettre l'équilibre financier de la structure d'assurance car, en pareille circonstance, on note une forte demande des soins à des coûts élevés . 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 plus les couvrir .

Dans la théorie de l'assurance, puisque les primes sont calculées sur la base des probabilités de tomber malade dans la population totale, le coût d'un nombre excessif d'adhérents courant un risque élevé entraîne une difficulté pour les assurances d'ajuster les primes.

Dans le cas des IPM, l'adhésion à l'organisme d'assurance étant obligatoire, cette question est en partie résolue.

Cependant, selon ATIM(02), nous pouvons assister à une autre forme de sélection adverse qui consiste, pour un employeur ayant un nombre élevé de mauvais risques, à s'affilier à une IPM inter-entreprise 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 (IPM-IE) qui peuvent être tentées de sélectionner des entreprises regroupant essentiellement de bons risques.

c- Le risque de fraude

C'est un phénomène très répandu dans les systèmes de l'assurance maladie et les IPM en particulier .

Dans le cas de la micro assurance maladie telle que les mutuelles de santé, le contrôle social est plus facile du fait de l'environnement des mutuelles qui est restreint, où il règne beaucoup de confiance et de solidarité entre les adhérents et du fait que les responsables de la mutuelle sont issus de la même communauté ou du même milieu socioprofessionnel. Par contre, les IPM ont un champ d'action plus large couvrant l'étendue d'une région voire du pays. Les cas de fraude se rencontrent aussi bien du côté des adhérents ,des prestataires que des gestionnaires, facilités d'une certaine façon par le type d'organisation et de gestion plus ou moins archaïque des IPM, à quelques exceptions près .

C'est ainsi que des participants peuvent mettre leurs carnets de santé à la disposition d'amis ou de parents pour des soins ou des médicaments coûteux . Une situation qui est favorisée par la nature très «élastique » de la famille africaine où le chef de famille a à sa charge tous les besoins sociaux de ceux qui vivent sous son toit.

Il a également été noté des cas où certains assurés, seul ou en complicité avec les prestataires, déclarent des maladies fictives et se font le plus souvent délivrer des médicaments, puis se partagent la contrepartie monétaire versée par l'assurance ou les revendent - lorsqu'ils agissent seuls - sur le marché informel du médicament (LETOURMY, 1996).

Les fraudes sont favorisées par le fait que les personnes assurées ne sont pas conscientes des préjudices qu'elles font subir à l'IPM par de tels agissements . Il est en outre possible que certains prestataires, profitent de l'ignorance des malades (asymétrie de l'information) pour facturer des soins non prodigués .

d- La demande induite :

C'est R. Evans(1974), qui a formulé le premier la théorie de la demande induite. Depuis plusieurs théories ou enquêtes sur le sujet ont permis d'affiner cette notion . Désormais un consensus s'est formé autour de la nécessité de prendre en compte dans les modèles l'interaction «médecin -patient » de façon globale et en intégrant le asymétries d'information en faveur du médecin .Dans cette optique, nous pouvons retenir que la demande induite correspond à la mesure dans la quelle un médecin peut recommander ou imposer une prestation de service médical différente de celle que le patient choisirait s'il détenait la même information que lui(12,38) .

En pratique , très souvent ce n'est pas la demande initiale de soins du patient qui est observée mais l'utilisation qui résulte des décisions conjointes du patient et du médecin .De même, il existe une incertitude quant à la recommandation optimale pure qui découle du caractère aléatoire du résultat des traitements médicaux.

L' augmentation de la démographie et de la densité médicale donnerait naissance à des formes plus ou moins directes de publicité, ce qui favoriserait la consommation .

Très souvent il y a accord tacite médecins- patients. Ces derniers du fait de la disparition de barrière financière vont exiger de plus en plus de soins, de prescriptions ou même d'arrêts de travail. Revendications que le médecin, pour fidéliser sa clientèle, pourra difficilement refuser sous peine de voire ces

derniers se rendre chez un autre médecin(38) .

L'ignorance du patient fait que le médecin jouit d'un pouvoir discrétionnaire qui lui permet d'ajuster ses revenus réels au revenu qu'il désire qualifié par certains de «*revenu cible* » . Ce pouvoir est renforcé par la volonté des médecins de préserver leur liberté de prescription au nom de la compétence et de la déontologie médicale .

1-4-L'impact du risque moral sur les dépenses des assurances

Tous les phénomènes décrits ci dessus à savoir le risque moral, la sélection adverse, les fraudes, la demande induite entraînent un accroissement des dépenses de santé. Pour les objectifs de l'étude , nous essayerons de nous appesantir sur l'impact du risque moral sur les viabilité financière des assurances maladies .

Dans la littérature de l'assurance, il est admis que les personnes qui bénéficient d'une couverture maladie ont des dépenses de santé plus élevées que celles des personnes non assurées.

En première analyse et en suivant les traces d'Arrow (1963), on peut penser qu'il s'agit là de la manifestation la plus naturelle de la présence d'une assurance santé qui permet à l'individu de solvabiliser une consommation de soins en cas de maladie.

Dans un cas simple, au moment où l'assuré est malade, une partie ou la totalité du prix de chaque unité de soins est prise en charge par l'assureur. Si l'élasticité-prix n'est pas nulle, il va choisir un niveau de consommation plus élevé que s'il était confronté au véritable prix. Par rapport à un individu qui ne se serait pas assuré, et qui aurait une fonction de demande identique pour la pathologie étudiée, il va consommer plus.

Cependant, il est important de remarquer que la demande de soins est la résultante de facteurs complexes qui concourent à l'augmentation de la dépense de santé .

Ainsi, en dehors de l'effet quantité, on peut concevoir que la dépense du patient assuré diffère de celle d'un non-assuré pour trois autres raisons :

- ◆ parce qu'il ne négocie pas le prix des services qu'il consomme,
- ◆ parce qu'il consomme des services d'une meilleure qualité, ou enfin
- ◆ parce que son mode de recours au système de santé est différent, au sens où, pour faire face à un problème de santé donné, il va s'adresser à des types de prestataires qui ne rendent pas nécessairement des services équivalents.

On voit immédiatement que ces trois dimensions sont liées : un service de meilleure qualité peut être plus cher, une modification du mode de recours se traduit par l'acquisition de services de prix et de qualité (perçue) différents(15). Puisque que l'assurance gomme les incitations à rechercher le meilleur prix, les praticiens ajustent, pour une prestation donnée, le prix qu'ils proposent en fonction du contrat d'assurance dont bénéficie l'assuré. Cette pratique est constante dans la tarification des hôpitaux et des cliniques au Sénégal .

Dans tous les cas, le patient et le prestataire de service, en collusion plus ou moins franche, font payer à l'assureur un service plus cher et de meilleure qualité que celui qui aurait été consommé en l'absence d'assurance. Le bénéfice qu'ils en tirent, et la façon dont ce dernier se répartit entre prestataire et patient dépend à nouveau des caractéristiques du marché.

Il apparaît donc clairement que la couverture totale ou partielle du risque maladie altère les incitations auxquelles sont confrontés les acteurs intervenant dans le processus de soins et les modifications comportementales inhérentes à cette

altération sont généralement regroupées sous une dénomination commune : risque moral *ex post*.

On retrouve ainsi l'intuition du risque moral *ex post*, particulièrement bien résumée par Drèze (20) : "Il y a risque de surconsommation dès lors que l'organisme d'assurance couvre sans réserve le coût des examens et traitements choisis, qui apparaissent alors *ex post* comme gratuits aux malades et à leurs médecins." Cette expression, provenant de l'application des enseignements de la théorie des contrats à l'assurance maladie, est synonyme d'allocation inefficace des ressources.

Dés 1968, Pauly(33) expliquait que la surconsommation en présence d'assurance découle d'un comportement de "passager clandestin" généralisé : chaque personne a intérêt à profiter de la baisse du prix des soins engendrée par la couverture du risque maladie pour consommer davantage de soins. Dans la réalité, les assurés bénéficient directement de leur surconsommation mais n'internalisent pas les coûts qu'ils engendrent, ceux-ci ne se répercutant qu'indirectement sur le montant des primes.

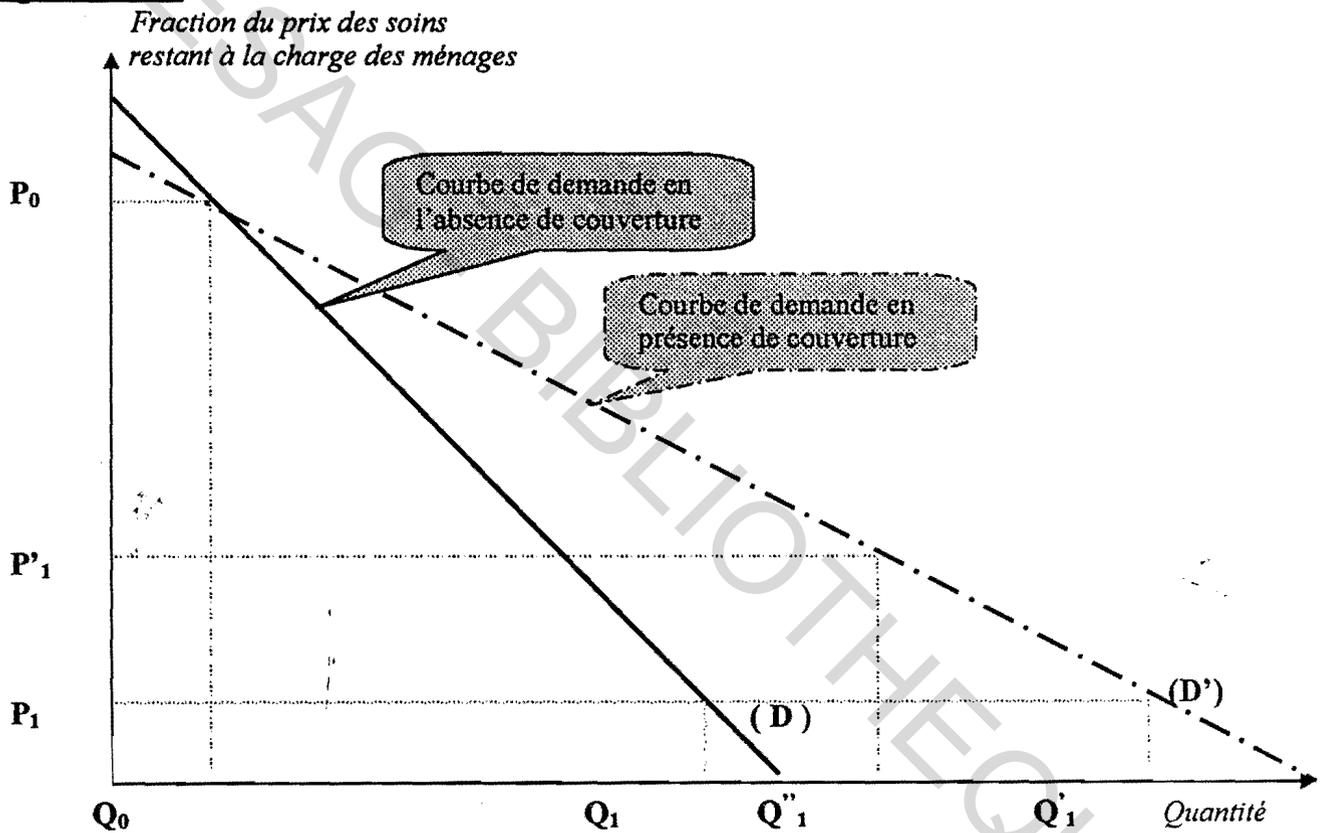
L'agrégation de ces comportements alourdit la charge financière au niveau des assurances surtout si ces dernières n'ont pas toujours la possibilité d'ajuster les primes . Le comportement généralisé de «passager clandestin» aboutirait en fait à un "dilemme du prisonnier" : par manque de coordination, et parce qu'ils répondent à des incitations individuelles, les assurés génèrent une situation dont ils sont les premières victimes. Comme on peut le constater, l'assurance santé pouvait conduire à une sur-consommation des soins sous-optimale d'un point de vue social.

De façon récurrente, ce phénomène qualifié de risque moral a attiré l'attention des chercheurs, dans des approches empiriques mais aussi théoriques, visant

notamment à estimer si, et dans quelle mesure, les modifications de comportements de consommation de soins liées à l'assurance génèrent des pertes de surplus social(cf figure 01).

Notre étude s'inscrit dans ce cadre, en essayant de faire ressortir dans quelles mesures, la manifestation du risque moral pouvait entraver le bénéfice que la collectivité pouvait tirer de l'assurance maladie.

Figure 01 : La demande de soins en fonction de la couverture sociale.



1-5- Les méthodes de gestion du risque (moral)

La gestion du risque est destinée à contribuer à la maîtrise des dépenses de santé, mais doit aussi rechercher à optimiser les moyens mis à la disposition des régimes d'assurances afin de répondre aux besoins de santé des assurés.

C'est ainsi qu' en dehors des objectifs économiques qui tendent à déceler les facteurs susceptibles de mettre en péril l'équilibre des comptes des compagnies d'assurance maladie, la gestion du risque ne doit pas perdre de vue les objectifs de santé publique.

Il est important, dès le départ, de définir de façon claire les gros et petits risques et les taux de participation des populations afin de limiter le risque moral en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques de la population cible. C'est pourquoi, la détermination de la part des dépenses de santé à laisser à la charge des ménages est un exercice délicat, car nécessitant un arbitrage entre les intérêts de l'assureur qui cherche à se prémunir du risque moral par un copaiement élevé et ceux des individus désireux de s'assurer et qui risquent d'être évincées du marché par une telle pratique. On le voit, l'arbitrage entre efficacité et équité apparaît à nouveau(15 ;23).

Un taux de participation trop élevé des patients aux dépenses de santé est sous-optimal en terme de mutualisation du risque s'il empêche les assurés malades de bénéficier des traitements qui permettraient de rétablir leur état de santé. Cette intuition fondamentale du rôle de l'assurance maladie n'est cependant pas prise en compte par la plupart des analyses micro économétriques préalables à l'estimation des taux optimaux de prise en charge. Car, comme on peut le constater, pour le meilleur ou pour le pire, les comportements individuels vis à vis des soins ou de la santé sont sensibles aux incitations monétaires.

Un prix élevé peut constituer une barrière à l'accès aux soins de santé « nécessaires » pour les plus démunis, un haut niveau de couverture peut entraîner une consommation jugée « excessive ». Mais ces notions de nécessité et de superflu reposent en définitive sur la définition d'une norme de santé, définition délicate et non consensuelle.

Malgré tout, il est nécessaire d'instaurer des mesures visant à contenir l'augmentation des dépenses de santé.

On peut y distinguer les mesures destinées à restreindre la demande de soins coûteux par les malades et celles visant à décourager ou pénaliser la prescription et la prestation de soins coûteux que les tiers agents (contrôle de l'offre). C'est ainsi que divers mécanismes sont utilisés dans le cadre de l'assurance maladie pour limiter le risque moral et qui sont d'ordre financier ou organisationnel.

Parmi ces mesures on peut citer :

- ◆ le ticket modérateur, qui est un pourcentage fixe des frais médicaux que doit prendre en charge le malade. L'on recommande toutefois, que le ticket modérateur, qui concerne le plus souvent les soins ambulatoires et les médicaments, soit moins important que la part supportée par l'assurance maladie afin de ne pas rendre les services de santé inaccessibles. (03,39); ce qui aurait comme conséquence une prise en charge tardive des malades avec toutes les complications sanitaires que cela pourrait avoir.
- ◆ La 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. Cette mesure peut réduire considérablement les coûts administratifs des compagnies d'assurance. Par contre, elle peut constituer un frein quant à l'accès aux soins de santé, si le pouvoir d'achat des populations est trop limité.
- ◆ le plafond des prestations garanties c'est-à-dire, une limite de la consommation accordée aux patients assurés. La limite de consommation peut être estimée en nombre de consultations par personne et par an, en un montant total des

prestations prises en charge, ou en un nombre de jours d'hospitalisation à prendre en charge.

Sur le plan organisationnel, nous pouvons citer comme autre mesure de réduction des dépenses de santé, la mise en place d'un système dit de référence obligatoire (*Gatekeeper*) 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. Ce système de référence recours est particulièrement intéressant pour la réduction des coûts, surtout s'il n'y a pas une bonne coordination et une bonne rationalisation de la prise en charge des malades.

Certains auteurs suggèrent en outre, que pour limiter le risque moral, l'assurance ne devrait, d'abord couvrir que les prestations les plus onéreuses ou ne sélectionner que les prestations pour lesquelles les abus sont facilement contrôlables 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 (*gros risques*), les consommateurs préfèrent très souvent que les soins ambulatoires soient couverts même si c'est à des taux faibles.

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.

En outre, 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 auteurs recommandent, pour la gestion du risque de sur-prescription, la mise en œuvre de techniques telles que 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, ou de limiter la prescription d'examen complémentaires.

1-6-De la spécificité des IPM face à la gestion du risque moral:

Le système des IPM est par définition et son mode de fonctionnement un modèle d'assurance maladie décentralisée plus ou moins flexible, sans intervention subventionniste de l'Etat. Cependant, c'est l'Etat qui définit la législation des IPM et fait obligation à ces dernières de déposer des rapports annuels au niveau du Ministère du Travail qui est le ministère de tutelle des IPM, mais dans la réalité, peu d'entre elles respectent cette réglementation.

L'IPM évolue dans un cadre à haut risque, puisqu'elle couvre une population sociale composée en majorité d'ouvriers, catégorie à faible revenu et à famille nombreuse. Tous les membres d'une famille ont les mêmes droits en ce qui concerne l'accès aux prestations, chacun pouvant engager des frais médicaux illimités sans communes mesures avec la capacité d'endettement ou de remboursement de l'adhérent(41).

C'est ainsi que les IPM permettent à tout travailleur et à ses ayants-droits, quels que soit le niveau de revenus et le moment où se produit le sinistre (maladie) de bénéficier de soins de qualité, grâce aux prestations de la médecine privée, moyennant une cotisation modique.

Les IPM ont besoin, comme toute branche de sécurité sociale, de procéder, à intervalles réguliers, à des études actuarielles, pour s'assurer de l'équilibre entre les cotisations et les prestations, surveiller l'évolution de la composition de la population couverte. L'«excès» d'autonomie qui règnent dans le secteur des IPM

et qui découle essentiellement de l'inertie de la tutelle leur permet néanmoins d'ajuster les ressources et les dépenses en fonction de la situation de l'IPM, aux attentes des participants et à l'évolution de la conjoncture.

Mis à part quelques performances observées, les IPM ont révélé beaucoup d'imperfections dans leur fonctionnement, qui sont dues à des facteurs endogènes liés au cadre législatif et à des facteurs exogènes liés à l'environnement socio-économique.

La famille, au Sénégal, est très élastique et il est difficile d'assurer la santé des conjoints et des descendants, et non celle des parents à charge, ou vivant sous un même toit. La forte morbidité de la population couverte et la polygamie dans les familles viennent exacerber le niveau des dépenses de santé. Dans nos familles, quand un malheur survient, au village ou en ville, c'est la famille qui constitue le premier recours, de façon à ce que soit assurée la discrétion dont doivent s'entourer toute demande et toute aide.

C'est ainsi que la présence d'un salarié dans la famille, qui correspond à la possibilité d'une prise en charge sociale (imputation budgétaire, IPM), signifie l'accès à des soins gratuits dont tous les membres de la famille espèrent bénéficier.

Sur le plan administratif, le cadre juridique des IPM a été privilégié par rapport au cadre économique. En effet, un modèle-type de statut et de règlement intérieur a été arrêté par l'administration. Par contre, ni plan comptable, ni procédure de comptabilisation, ni modèle type de synthèse et d'état financier n'ont été définis par l'autorité en vue d'harmoniser la gestion de l'IPM(41).

La survie des IPM étant tributaire de celle des entreprises, la fermeture en cascade des entreprises et la mise en chômage technique de nombreux travailleurs suite à la mise en œuvre des Nouvelles Politiques Industrielles et

Agricoles a altéré l'esprit mutualiste qui repose sur la loi des grands nombres et qui s'est soldé par la chute brutale du nombre des cotisants.

Il s'en est suivi la dévaluation qui a renchéri le prix des médicaments par une hausse de 49% (les frais de médicaments représentant plus de 50% des dépenses de l'IPM), sans compter la hausse de la tarification des actes médicaux.

C'est ainsi que pour assurer leur survie, chaque IPM prend des mesures unilatérales de gestion de l'offre et de la demande ou des mesures de restrictions des garanties ou d'augmentations des ressources.

En dépit du fait que ces mesures de gestion de la consommation médicale sont à porte-à-faux avec les dispositions législatives en vigueur, il faut noter qu'elles sont d'une faible efficacité dans la mesure où les IPM, évoluant en ordre dispersée, peuvent difficilement décrocher des conventions avantageuses avec les professionnels de santé.

II- Modèle théorique :

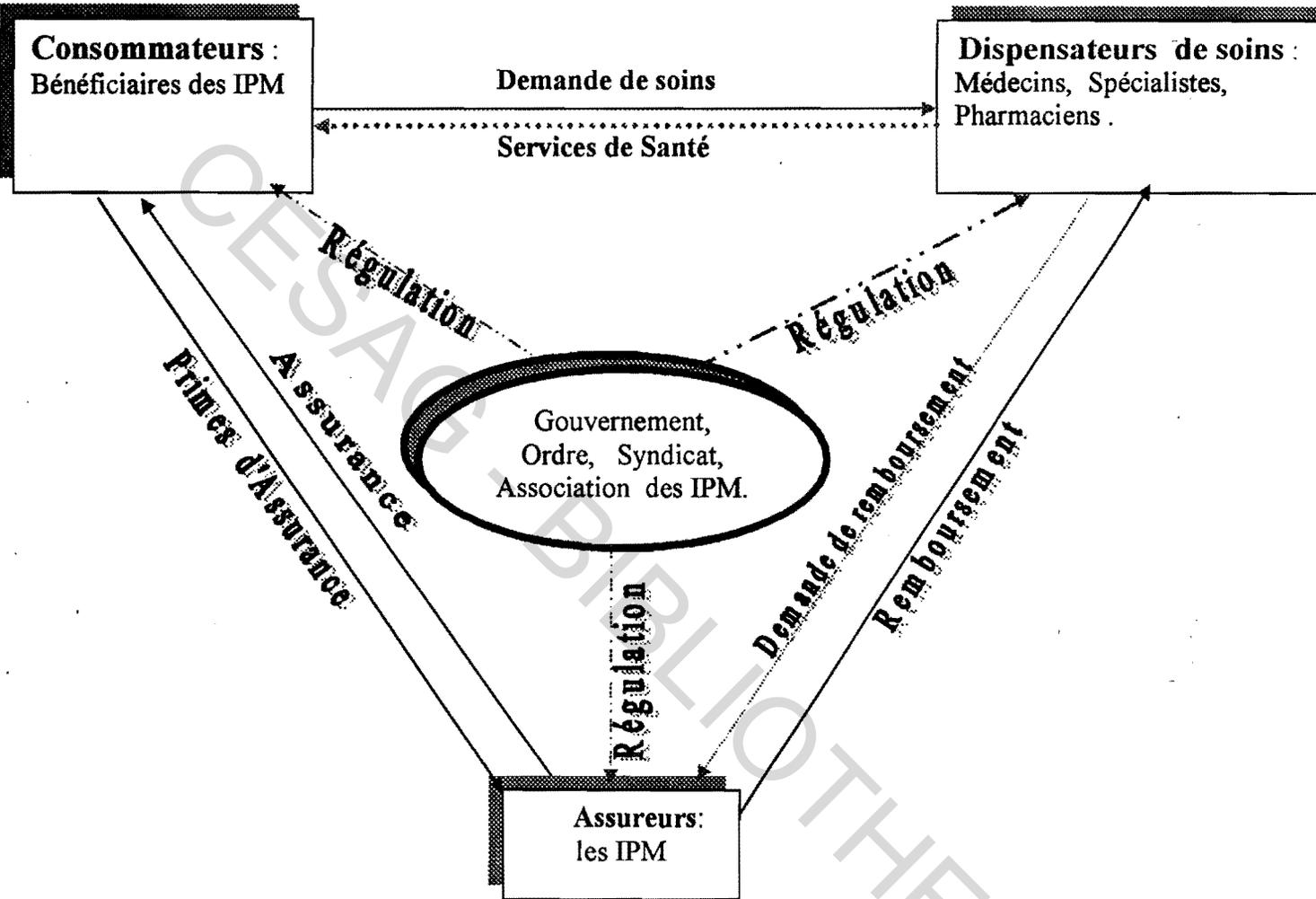
C'est le constat de l'évolution des dépenses de santé qui a été véritablement à l'origine de l'émergence de l'économie de la santé. Tous les pays du monde, à tous les stades de développement qu'ils se situent, sont confrontés à la question de la maîtrise des dépenses de santé, même si les rythmes, les modalités, et les répercussions sur le financement de la santé sont très différents d'un pays à un autre. D'où la nécessité de maîtriser les dépenses et /ou de faire un choix entre plusieurs programmes possibles. En plus les gouvernants sont obligés de faire un arbitrage entre les financements de la santé, ceux de l'éducation, de la défense, de l'urbanisme...

Plusieurs causes peuvent être énoncées pour expliquer l'augmentation des coûts, et parmi celles-ci on note la mise en place d'une assurance maladie qui entraîne nécessairement un changement de comportement aussi bien de la part des producteurs que des consommateurs de soins. Chacun cherchant de son côté à tirer le plus grand profit du système d'où l'émergence du risque moral. Il en résulte des effets et des interactions complexes entre les prestataires de soins, les malades bénéficiant d'une assurance, les compagnies d'assurance et l'Etat(14). L'ensemble des mesures destinées à maîtriser les coûts vont agir soit sur l'offre, soit sur la demande, soit sur les compagnies d'assurances. Ces mesures seront initiées réciproquement entre ces acteurs du financement de la santé aux intérêts divergents ou bien menées par l'état.

Pour mieux comprendre et analyser l'impact de cette surconsommation, il est nécessaire de se pencher sur les différents acteurs du financement de la santé, de faire ressortir respectivement leurs spécificités, et enfin d'essayer de modéliser les interactions possibles entre eux.

Dans le cas de cet étude, nous avons adopté le cadre d'analyse ci-dessous.

Figure N°02: Modèle théorique de financement de la santé appliqué aux IPM.



Guide de lecture :

→ Les flèches rouges précisent toutes les situations susceptibles d'entraîner un phénomène de risque moral du côté de l'offre ou de la demande de soins.

La réalisation d'une assurance maladie obligatoire est une réforme de grande ampleur, dont les dimensions ne doivent pas être sous-estimées tant au niveau de la conception que de la mise en œuvre. C'est une réforme compliquée et à hauts risques financiers qui peut sombrer dans le désordre et l'inflation non maîtrisée des coûts.

Il faut également porter une attention particulière sur un certain nombre de sous systèmes qui doivent être eux-mêmes réformés (fonctionnement des hôpitaux et facturation de leurs services, fonctionnement des caisses d'assurance, organisation des relations avec les professionnels de santé en exercice libéral) pour pouvoir s'insérer correctement dans le dispositif de santé du pays.

C'est aux gouvernements de faire les choix politiques majeurs dans ce domaine, en n'oubliant pas que le financement équitable d'un bien collectif durable, comme la santé, contribue à la croissance économique de plusieurs manières : développement du secteur sanitaire, meilleure motivation de la main d'œuvre, amélioration de productivité et de la qualité de vie des populations.. Dans tous les cas, de bonnes dispositions concernant la tarification et la gestion constituent un préalable à un système d'assurance maladie.

Les différents acteurs du financement spécifiés dans le modèle théorique et qui reflètent parfaitement la réalité sénégalaise ont des incitations diverses, parfois contradictoires qu'il convient d'analyser.

- **les consommateurs** : les populations ne comprennent pas forcément le principe de l'assurance maladie et prennent leurs cotisations pour de l'épargne santé individuelle. En un mot, les cotisants veulent en avoir pour leur argent : s'ils paient longtemps des cotisations sans profiter du système, ils ont l'impression de perdre leur argent(42). Ainsi, le risque moral découle du comportement des assurés à vouloir profiter au mieux du système d'assurance. Dans la mesure où toutes les barrières financières sont levées, les malades bénéficiant des IPM n'ont aucune incitation à modérer leur consommation de biens et soins médicaux. Une situation aggravée par le fait qu'ils ne sont pas informés sur les modes de tarification et les répercussions négatives de tels comportements sur la viabilité des IPM à plus ou moins long terme .

- **les assureurs** : aujourd'hui rares sont les IPM qui disposent d'un système informatique permettant le recueil et l'analyse des informations médicales permettant de maîtriser à temps l'escalade des coûts. L'objectif principal des IPM est de faciliter l'accès à des soins de qualité pour le plus grand nombre d'individus en préservant la viabilité financière des institutions d'où la nécessité d'analyser les coûts de la prise en charge des malades, et leur évolution pour une meilleure capacité d'anticipation.

Cette situation est compliquée du fait que les bénéficiaires des IPM ont une capacité quasi-illimitée d'endettement vis à vis de l'institution, le calcul des primes se faisant uniquement sur la base du revenu, sans tenir compte du niveau de risque individuel, ni de la taille de la famille.

- **les prestataires de soins** : les médecins voient dans l'instauration de l'assurance maladie un moyen d'accroître leur revenu.

En outre le système de paiement à l'acte en vigueur dans le système de santé Sénégalais incite le praticien à faire des actes nombreux et coûteux. Aussi, dans le but de fidéliser la clientèle, les médecins sont souvent obligés de se plier aux desiderata des malades. Pour y remédier, le paiement forfaitaire ou l'enveloppe globale est souvent proposé, car il incite le praticien à l'efficacité dans la consommation des soins médicaux, mais sa conception et l'application n'est pas toujours simple.

A l'heure où au Sénégal la réforme des hôpitaux est à l'ordre du jour, ces structures publics devraient profiter de l'autonomie qui leur est attribuée pour établir des contrats avec les IPM. Ces conventions peuvent constituer d'importantes sources de financement pour les hôpitaux, qui, à ce titre, peuvent proposer des tarifs préférentiels.

- **l'Etat** :« l'Etat ne peut pas tout faire mais il y a des choses que seul l'Etat peut faire». Malgré les contraintes budgétaires et la volonté d'encourager l'initiative privée dans le domaine de la santé, l'Etat est obligé de marquer de sa présence pour éviter les exclus et prévenir à temps tout dérèglement du système sanitaire. L'action de l'Etat doit désormais s'inscrire dans une logique d'un engagement sélectif, plutôt qu'un désengagement, avec un renforcement de ses capacités de régulation et de réglementation. Cette action réglementaire peut être de type incitative, ou coercitive. C'est ainsi que le gouvernement, de concert avec les partenaires impliqués dans le fonctionnement des IPM (Ordre, Syndicat des professionnels de la santé, Association des gérants d'IPM), doit définir un cadre légal capable de garantir l'efficacité et la pérennité du système, et surtout veiller à son application. Les pouvoirs publics ont un rôle à jouer en définissant la politique de santé, en maîtrisant, les coûts, en garantissant un financement équitable et en contribuant à une certaine forme au moins de santé publique (prévention, promotion de la santé, protection des pauvres) .

- **l'itinéraire de l'assuré de l'IPM à son médecin**: Lorsque l'IPM procède à l'immatriculation d'un salarié, elle lui délivre un livret de santé où figurent les noms et les photographies des bénéficiaires qui lui sont associés : enfants, époux ou épouses.

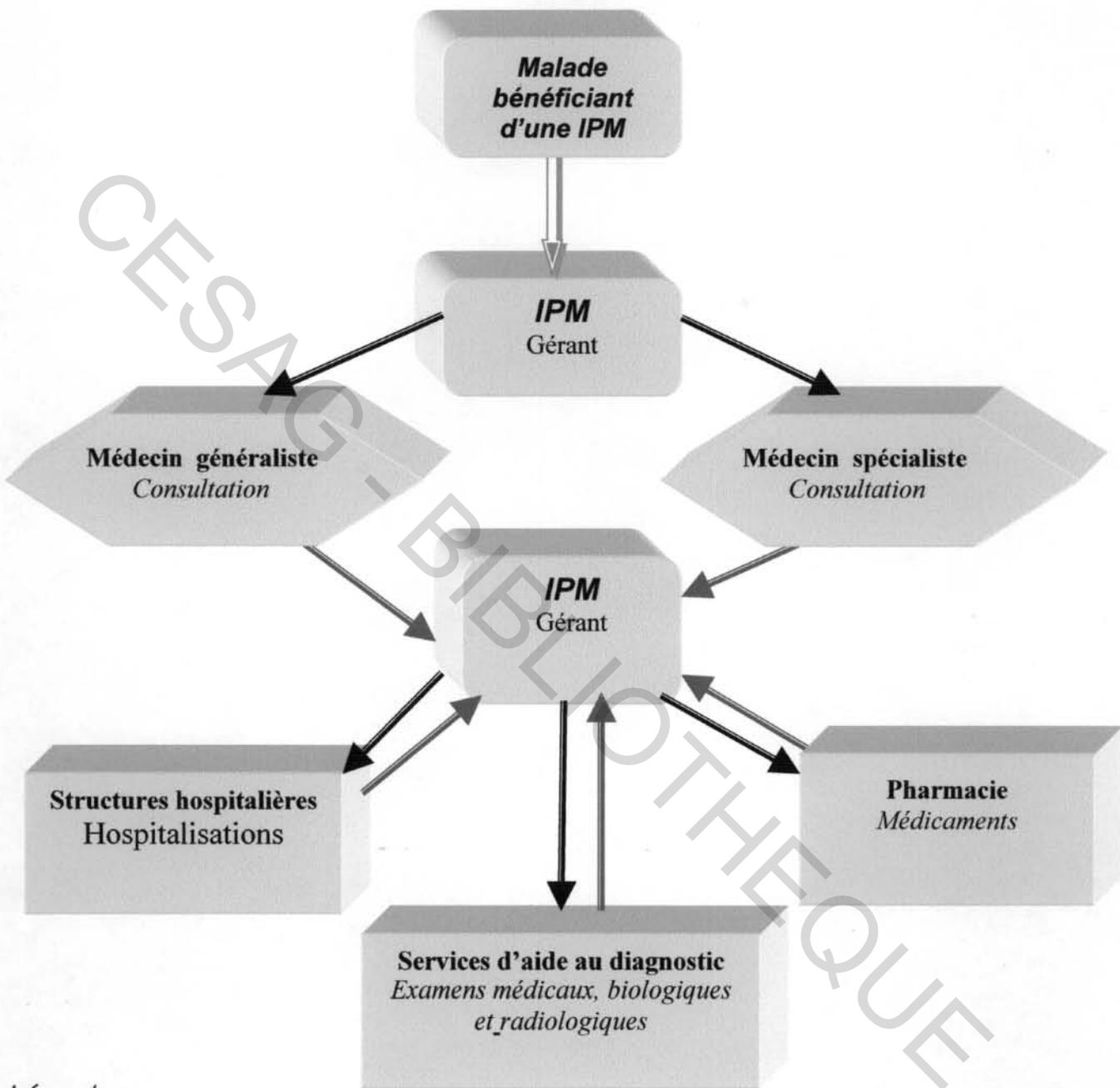
Lorsqu'un bénéficiaire a l'intention de recourir aux soins, l'IPM donne, sur présentation du livret, un document de garantie attestant les droits du malade auprès du prestataire. Le médecin prestataire inscrit sur le livret un diagnostic correspondant aux soins. Lorsqu'il y a prescription par le médecin, le bénéficiaire est censé redemander un document de garantie à l'IPM avant l'exécution de l'ordonnance. Les textes incitent à ce que le recours aux soins se fasse auprès de praticiens, d'officines, et d'établissements agréés par l'IPM.

En pratique une liste de prestataires agréés est communiquée par affichage aux participants.

Lors des soins, le patient présente le document de garantie et ne paie rien, ni aux médecins, ni aux hôpitaux ou cliniques, ni aux pharmacies. Chaque prestataire facture chaque mois à l'IPM le montant total des soins ou des ordonnances délivrés à ses membres participants.

L'IPM paye chaque prestataire et récupère auprès des participants les quotes-parts correspondants aux tickets modérateurs statutaires. La récupération est effectuée par l'employeur par prélèvement sur le salaire. L'IPM communique au service du personnel de l'entreprise le montant à récupérer par participant. L'employeur effectue la retenue et la restitue à l'IPM en même temps qu'il verse ses cotisations.

Figure N°03 : Modalités de prise en charge d'un malade bénéficiaire d'IPM.



Légende :

-  demande de prises en charge
-  demande de prestations médicales
-  demande de remboursements (factures)

III- Hypothèses de recherche :

A partir de l'état des connaissances et du modèle théorique, nous pouvons formuler les hypothèses suivantes :

- ✓ la consommation médicale des bénéficiaires des IPM est plus élevée que la consommation moyenne de la population sénégalaise ;
- ✓ Les types de prestations demandées par les bénéficiaires des IPM sont modifiées par l'élimination de la barrière financière ;
- ✓ Cette modification de la consommation de biens et services médicaux découlant du comportement de risque moral entrave la viabilité des IPM.

Deuxième Partie:

LE CADRE PRATIQUE
ET OPERATIONNEL

Chapitre I: Méthode et procédure de recherche

1-1- Stratégie de recherche et devis

Qu'il s'agisse de recherches fondamentales ou appliquées, deux types de démarches sont rencontrées dans les études scientifiques: les démarches *inductives ou exploratoires* et les démarches *déductives ou vérificatrices*.

Les premières visent à trouver des choses, à inventer des hypothèses tandis que les secondes essayent de mettre à l'épreuve des faits une ou plusieurs hypothèses, de solutions déduites de théories, de savoirs et d'expériences antérieures (13 ;44).

Dans le cadre de cette étude, nous tenterons de faire ressortir les manifestations du risque moral et les facteurs qui peuvent favoriser son expression au niveau des IPM. Notre stratégie de recherche sera donc de type déductive et notre démarche se fera à travers une recherche synthétique de cas où l'unité d'analyse sera le niveau de dépenses par spécialité et par individu au niveau de chaque IPM.

Le devis de recherche retenu est une étude de cas multiples avec un seul niveau d'analyse. Le niveau d'analyse retenu étant celui des IPM.

1-2- Population à l'étude et sélection des cas

Dans la détermination de l'échantillon, nous avons voulu être exhaustif en ciblant la totalité des IPM du Sénégal. Ces IPM sont constituées des IPM-Entreprise et des IPM-InterEntreprise. Selon l'étendue de la zone géographique couverte, nous pouvons distinguer 03 types d'IPM: celles qui se limitent à Dakar, celles exerçant uniquement dans les régions, et celles couvrant l'étendue du territoire national, et qui sont en fait des entreprises ayant des employés à Dakar et dans les régions.

Les informations utilisées dans cette étude sont issues d'une enquête menée par le ministère du travail qui est le ministère de tutelle des IPM avec un appui du ministère de la santé. Cet enquête entre dans la perspective des prochaines réformes du secteur des IPM, ce qui nous a permis de disposer d'une base de données très actuelle car résultant d'une enquête à l'échelle nationale au niveau de toutes les IPM. Ces données nous permettent de classer les IPM selon le nombre de bénéficiaires, de déterminer l'activité en terme de prise en charge des malades, de résultat financier, et de performance.

Les critères d'inclusion d'une IPM dans l'échantillon ont été essentiellement le fait d'avoir bouclé une année d'exercice au moment de la collecte des données et l'acceptation des gérants d'IPM de communiquer les informations fiables et exploitables aux fins de l'étude.

L'échantillon est constitué de 63 IPM sur les 98 soit 64 % des IPM du Sénégal.

Les données devraient préciser entre autres: les dépenses par spécialité médicales avec les taux de prise en charge, le nombre de participants, d'époux(es), d'enfants, et de bénéficiaires. Quelques IPM considérées ne fournissent pas toutes les données nécessaires. Cependant, la qualité des données étaient satisfaisantes dans l'ensemble en tenant compte des objectifs de l'étude.

Tableau N° 02 : Répartition des IPM dans le Sénégal et échantillon de l'étude.

	Echantillon				Population mère	
	IPM-E	IPM-IE	Total	%	Total	%
Dakar	30	23	53	84%	84	85%
Régions	4	6	10	16%	14	15%
St Louis	1	1	2		2	
Ziguinchor	1	0	1		2	
Thies	2	2	4		6	
Louga	0	1	1		1	
Diourbel	0	1	1		1	
Kaolack	0	1	1		2	
Total	34	29	63	100%	98	100%

La région de Dakar polarise à elle seule près de 85% des IPM du Sénégal, soit 91 IPM, concernant la nature des IPM, les IPM-E représentent 60 % des IPM du Sénégal.

Les données issues de l'enquête sur les IPM seront comparées à celles issues de l'ESAM. Cette dernière enquête quant à elle, concerne des dépenses des ménages ne bénéficiant pas d'une assurance maladie donc où les malades sont obligés de payer de leurs propres poches lors des consultations, des examens médicaux et pour l'acquisition de médicaments.

Une partie des informations provient des **entrevues semi-dirigées**. En effet, pour mieux apprécier le fonctionnement, les problèmes ponctuels que traversent les IPM, et les mécanismes de contrôle en vigueur au sein de ces institutions, nous avons jugé nécessaire de nous entretenir avec certains gérants d'IPM.

Compte tenu du caractère hétérogène et défaillant du système d'information au sein de la majorité des IPM, nous nous accordons avec Contranpoulos et al(1990) que l'entrevue semi-dirigée comme forme de collecte d'informations est l'une des formes les plus adaptées pour obtenir des taux élevés de réponses précises.

A ce niveau, il faut préciser que les données issues de l'enquête sur les IPM, constituent l'une des rares informations les plus complètes sur les taux de consommation des ménages par spécialité, par régions et par type d'IPM.

L'autre partie des données provient de l'enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM). L'ESAM repose sur un échantillon de 3300 ménages répartis dans tout le territoire national. Le ménage urbain est visité une seule fois sur une période de 33 jours, tandis que celui du milieu rural reçoit les enquêteurs pendant deux périodes de 17 jours espacés de 06 mois environ. Les deux passages en milieu rural répondent au souci d'une meilleure appréhension de la consommation(18).

En effet, ce milieu est caractérisé par le fait que plus on s'éloigne de la période des récoltes, plus les ressources se font rares, ce qui a une incidence sur le niveau de la consommation des ménages concernés.

Ainsi, la méthode présentée ci-dessus devrait être perçue comme un compromis entre la contrainte des objectifs que nous nous sommes fixés lors et la nature des données disponibles sur les niveaux de consommation des malades assurés ou non.

La présente étude sera mise à profit pour définir les éléments clés pour améliorer la performance et la gestion du risque maladie dans les IPM afin de soutenir la viabilité des IPM.

1-3- La méthode d'analyse des données

Pour l'analyse des données nous avons utilisé le logiciel Microsoft Excel. Une correction des données a été nécessaire pour rendre les données plus fiables à l'analyse. Certaines IPM, bien que fournissant des données incomplètes, ont été retenues parce qu'elles constituaient des sources d'informations intéressantes sur certains aspects de notre analyse.

S'agissant d'autres analyses plus poussées, nous avons recouru au logiciel d'analyse de données SPSS 7.5.

Chapitre II: Présentation et analyse des résultats

2- 1- Introduction à l'analyse des données

C'est avec les travaux d'ARROW(1963) que l'application des outils de la réflexion économique au domaine de la santé a pu se développer.

Selon cet auteur, l'introduction des concepts classiques de l'économie de l'assurance, en termes de sélection adverse ou de hasard moral, permet de justifier la présence d'une couverture maladie publique et d'expliquer que cette couverture soit incomplète, avec des tickets modérateurs pour les patients. L'étendue optimale de cette couverture publique, et la définition du panier de biens qui doit être pris en charge, donnent lieu à des débats très ouverts. Des débats ayant trait aux objectifs - parfois contradictoires - poursuivis par tout système d'assurance maladie, et qui sont *sociaux, médicaux et économiques*.

Au Sénégal, à l'instar des autres pays en développement, le financement des dépenses de santé fait face à une forte contrainte financière. Cette contrainte est fortement ressentie au niveau des IPM, et reste liée à la défaillance ou la faiblesse des capacités gestionnaires face au risque maladie.

Aujourd'hui plus que jamais, il est nécessaire de se pencher sur les comportements individuels des bénéficiaires pour comprendre les mécanismes et les déterminants qui régissent l'évolution des dépenses de santé.

Beaucoup de travaux en économie de la santé ont montré un lien étroit entre consommation de soins et catégories socioprofessionnelles, de même les disparités individuelles des dépenses de santé montrent que la consommation de soins des individus est, outre par leur âge et leur sexe, influencée par des variables économiques (taux de couverture, revenu, position sur le marché du travail) et socioculturelles (milieu social, niveau de diplôme) (37).

Les mesures pour endiguer l'accroissement des dépenses de santé et améliorer l'efficacité du système de santé reposent avant tout sur une meilleure maîtrise des mécanismes de financement. Ceci implique une analyse plus poussée de la perception et des comportements des populations concernant la fréquentation des services de santé en présence d'un régime d'assurance maladie qui permet de solvabiliser la demande. En ce qui nous concerne, nous pensons que l'accroissement des dépenses n'est pas une fatalité et qu'il peut être maîtrisé par une action structurelle efficace pour soigner mieux à dépense équivalente.

Un système d'assurance est considéré comme viable lorsque son environnement institutionnel et sa gestion le 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.

Cet équilibre durable ne peut s'opérer que grâce à une parfaite maîtrise de l'offre (malades) et de la demande (prestataires de soins) et une perception précise de l'étendue du problème, que l'économiste qualifie de « **hasard moral** ».

Le **hasard moral** (ou **risque moral**) qui se caractérise en fait par la modification des comportements des agents en présence d'assurance, qui peut conduire à des choix inutilement coûteux consécutive à l'élimination de la barrière financière.

En matière de santé, compte tenu du rôle des médecins dans la consommation de soins, on considère que le **hasard moral** est double, partagé entre le patient et le médecin qui peut à son niveau induire une surconsommation(15).

Dans le cadre de l'assurance, le prix des soins étant diminué en apparence, le patient a tendance à accroître sa consommation de biens et services médicaux. Au total, pour une même pathologie, la consommation des assurés va s'accroître aussi bien en quantité qu'en qualité.

Dans les pages qui suivent, nous tenterons dans un premier temps d'analyser les dépenses des IPM essayant de spécifier l'impact du risque moral sur la croissance des coûts des soins, tout en tenant compte des spécificités de l'environnement socioéconomique.

Dans un second temps, nous proposerons des mesures structurelles efficaces capables de soutenir la viabilité des IPM, afin de rationaliser l'utilisation des ressources qui restent limitées face à des besoins potentiellement infinis.

2- 2- Analyse des données

2-2-1:Spécificités de la population couverte

Tableau N° 03 : Comparaison de la taille des familles, enquête IPM vs ESAM

	Enquête IPM		ESAM	
	Dakar	Régions	Dakar	Régions
Moyenne	5.01	6.7	8.2	12.1
Médiane	5	6.4		
Minimum	2.3	4.1		
Maximum	9.7	10.3		

La taille des ménages découlant de l'ESAM est très élevée par rapport à celle rapportée par l'enquête au niveau des IPM (moyenne nationale 10.15 contre 5.9) .

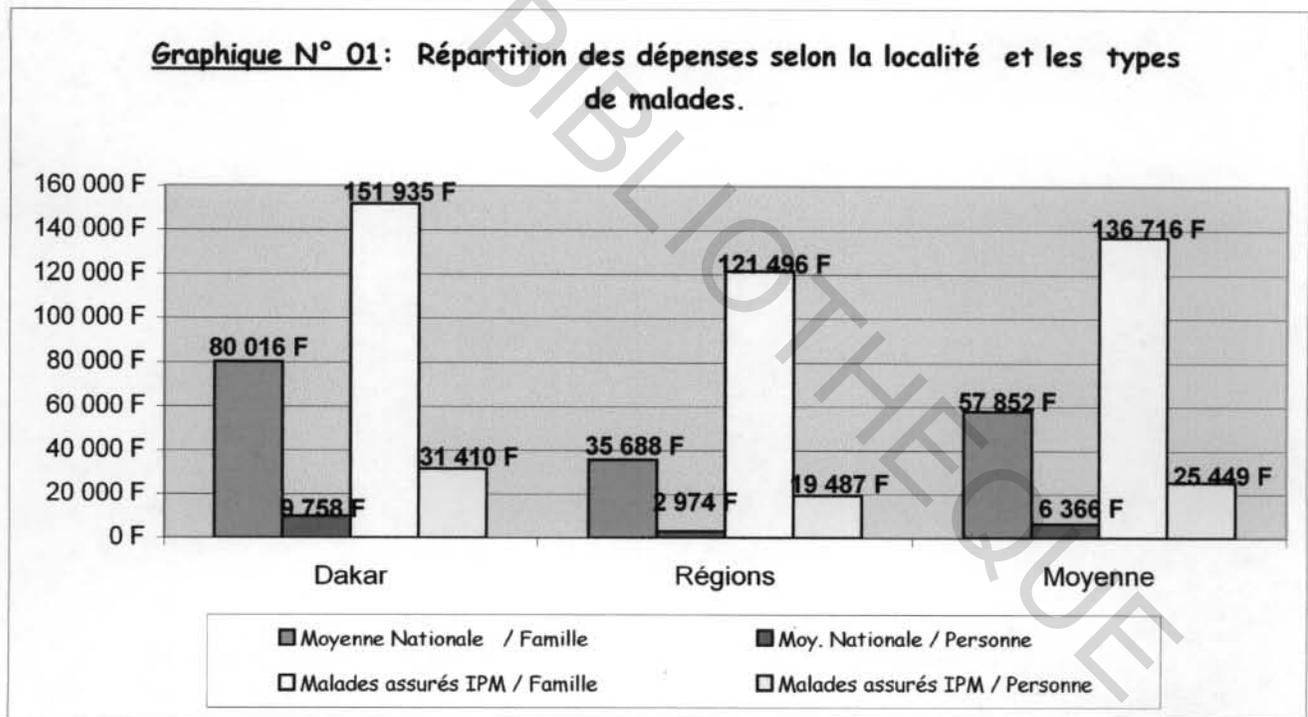
L'article 1, paragraphe h de la convention 130 de l'OIT, a défini le bénéficiaire-type comme étant «un homme ayant une épouse et deux enfants»(41), cette typologie est très éloignée des réalités sénégalaises, où la moyenne avoisine dix personnes par famille dans les familles non couvertes contre six concernant les familles couvertes par les IPM.

Cet écart peut s'expliquer par le fait que les membres de famille dénombrés au niveau des IPM sont ceux déclarés au niveau de l'état civil, alors ceux de l'ESAM concernent toutes les personnes vivant sous le même toit.

Cette seconde notion de la famille correspond mieux aux réalités sénégalaises dans la mesure où du fait qu'il est difficile de limiter la prise en charge sanitaire à une partie de la famille. Cette contrainte institutionnelle est à la base de certains cas de fraudes de la part de certains bénéficiaires qui veulent faire profiter à d'autres parents une prise en charge médicale dans un souci de solidarité.

Il faut aussi noter que l'IPM évolue dans un cadre à haut risque, puisqu'elle couvre une population sociale composée à majorité d'ouvriers, catégorie à faible revenu et à famille nombreuse, sans parler de la forte fréquence de la polygamie liée à la culture sénégalaise et la religion musulmane (95 % des sénégalais).

2-2-2: Effets de la couverture maladie sur les dépenses



Les consommations des malades assurés pour les biens et soins médicaux seraient elles supérieures par rapport à la moyenne des dépenses de la population ?

A la lecture des données , on peut répondre par l'affirmative aussi bien en ce qui concerne les dépenses au niveau individuel qu' au niveau familial.

Globalement, les dépenses des malades bénéficiant d'une IPM sont supérieures par rapport à la moyenne nationale. Une situation qui s'explique par la forte fréquence des consultations consécutive à l'élimination de la barrière financière et une forte aspiration des malades à des soins et des services de santé de meilleure qualité.

Si on considère les moyennes de dépenses au niveau national, il apparaît que les malades assurés ont des niveaux de dépenses plus élevés par rapport à la moyenne nationale, soit 2.5 fois plus au niveau familial et 4 fois plus au niveau individuel.

Ce niveau élevé de dépenses est aggravé par la recherche de la qualité, qui fait que ce sont les médecins et les cliniques privés qui sont choisis de préférence par les malades rendus solvables. Une situation qui pourrait être entretenue et exacerbée par la mauvaise qualité des services dispensées dans les établissements publics de santé, qui est un motif de sous fréquentation par les populations couvertes par les IPM.

Ces différences selon que le malade est assuré ou non montrent combien, l'assurance, en permettant aux malades de bénéficier des services médicaux sans déboursier une somme au moment de la consommation peut exagérer la consommation.

Une consommation qu'on peut juger excessive ou normale, selon qu'on se place du côté du malade (consommateur), du praticien (producteur de soins), ou de l'organisme payeur (IPM). De là, réside toute la difficulté de la régulation en matière de consommation de soins de santé, et donc de la définition de l'état de santé à partir du quel, on peut juger que toute demande de soins de santé supplémentaire n'est plus justifié.

L'application du concept d'aléa moral en assurance maladie signifie qu'être assuré favorise les comportements pathogènes et conduit à une sur-consommation une fois la maladie déclarée. L'aléa moral ne joue pas au même niveau selon qu'il intervient du côté de l'offre ou du côté de la demande: une bonne couverture par l'assurance inciterait le consommateur à consulter, mais influencerait peu le niveau des dépenses, principalement déterminées par le médecin.

Grâce aux asymétries d'informations existant entre le médecin et son patient et à la solvabilisation de la demande garantie par l'assurance maladie, les offreurs de soins disposent d'une certaine latitude leur permettant de manipuler la demande de soins.

En outre, dans le cas des IPM, la procédure de prise en charge n'est pas aussi formalisée, et est très variable d'une IPM à une autre et très souvent le libre choix des prestataires est la règle. Ce qui favorise le recours excessif aux spécialistes et le nomadisme médical.

On sait en effet que le niveau des dépenses découle des interactions médecin-patient, ce dernier jouant le double rôle d'offreur de soins et d'agent (demandeur) pour le patient. C'est pourquoi, certains auteurs dont Ellis et McGuire (21) distinguent l'aléa moral du côté de l'offre et du côté de la demande.

Ainsi, les entrevues avec les gérants d'IPM nous renseignent que la quasi totalité d'entre elles ne disposent d'aucun moyen pour évaluer la qualité des soins des prestataires conventionnés et le respect de la tarification en vigueur.

C'est pourquoi, nous pensons qu'il est nécessaire de formaliser d'avantage le système de conventionnement et d'agrément des prestataires de soins. Le conventionnement des prestataires de soins devrait nécessiter au préalable que ces derniers acceptent de se conformer aux normes de qualité, aux protocoles d'évaluation et à la tarification en vigueur définies par le Ministère de la santé en collaboration avec les prestataires.

La mise œuvre de telles pratiques permet d'apprécier la performance médico-économique et la qualité de soins qui devraient être les critères essentiels de renouvellement des agréments, en évitant de perdre de vue que la finalité de tout système de protection sociale est d'améliorer le bien-être des populations.

Sous un autre angle, il faut remarquer que les effets pervers des modalités de paiement des prestataires et des modes de prise en charge des malades influent négativement sur les comportements de ces derniers. Ce qui favorise la manifestation du risque moral qui à terme met en péril la stabilité financière et la viabilité des IPM.

A ce niveau, il est important de noter que le système de paiement en vigueur, à savoir, le paiement rétrospectif sans contrôle du volume de soins, en plus du tiers payant intégral, s'il paraît très généreux du point de vue de l'accès aux soins, ne facilite nullement la gestion du risque (notamment le risque moral).

De nos jours, en l'absence de restrictions, rien n'incite les malades et les praticiens à adopter un comportement, qui ira dans le sens de l'efficacité en terme de dépenses de santé liées à l'exagération de certains comportements.

En effet, rares sont les IPM qui mettent en œuvre des mesures dans le but de rationaliser les coûts des dépenses de santé. C'est pourquoi, pour que des effets durables soient attendus, il faut des études économiques (et/ou actuariels), réalisés par des experts sur les déterminants des dépenses, en tenant compte des réalités socio-démographiques des populations couvertes par les IPM. Il s'agira entre autres de tenir compte des incitations et des contraintes des différents acteurs inhérentes à la production et à la consommation des services de santé

Les médecins exercent une influence décisive sur la définition des méthodes de diagnostic et de traitement, néanmoins ils peuvent être soumis à la pression des patients qui sont capables d'imposer leurs désirs et leurs exigences. De ce point de vue, les médecins dans le souci de fidéliser leur clientèle sont très souvent obligés de se plier aux « caprices » des malades. Dans le cas des IPM, ce phénomène est exacerbé par le fait que le malade peut choisir librement son médecin traitant (généraliste ou spécialiste) sur la base de la liste des médecins agréés par l'IPM.

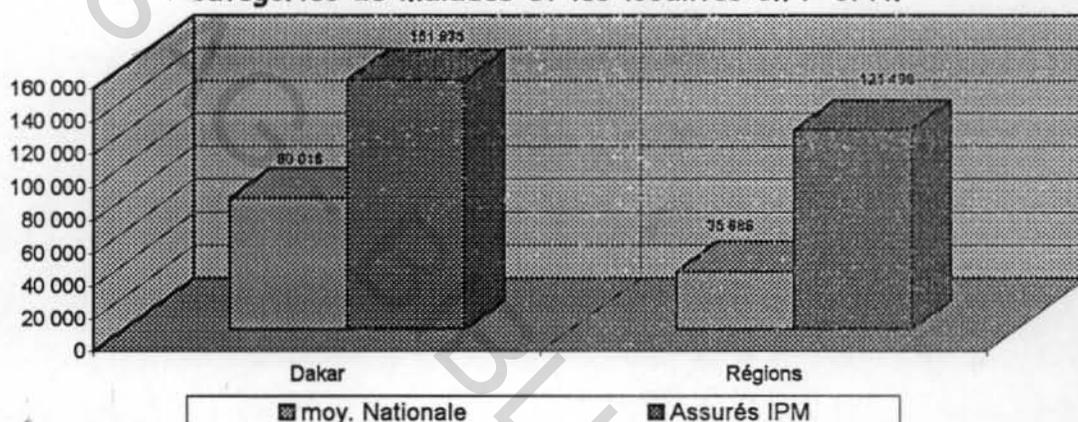
Aussi, en l'absence de médecins référents (gate-keeper) les malades assurés peuvent aller directement consulter chez les spécialistes, ce qui, en raison des tarifs élevés peut entraîner des surcoûts qui ne sont pas toujours médicalement justifiés. Tout ceci constitue un ensemble de situations qui sont des manifestations du risque moral que nous tenterons d'analyser en fonction des spécificités socio-démographiques de l'environnement des IPM.

2-2-2-1: Niveau de dépenses par famille (national uniquement)

Tableau 03 :moyenne des dépenses familiales par localité et par type de malades.

<i>Moyennes des dépenses par famille en F CFA</i>			
	Moyenne nationale	Assurés IPM	Moyenne nationale / Assurés
Moyenne	57 852	136 715	2,36
Dakar	80 016	151 935	1,90
Régions	35 688	121 496	3,40
Dakar / Régions	2,24	1,25	

Graphique N°02: Moyenne des dépenses par famille selon les catégories de malades et les localités en F CFA.



Le niveau des dépenses annuelles par famille est très variable selon que la famille est assurée ou non. Si globalement, le niveau de dépenses est plus élevé chez les personnes assurées, l'écart entre les niveaux de dépenses est variable selon les sous groupes de malades par localité. En effet, dans les régions, les malades assurés dépendent 3.4 fois plus que les malades non assurés, alors que ce ratio n'est que de 1.9 à Dakar. Une situation qui peut s'expliquer par un meilleur pouvoir d'achat dans la capitale, et qui de fait confère une meilleure accessibilité aux services de santé. En outre, en ce qui concerne la variation des niveaux de dépenses selon les localités, nous notons que le fait de bénéficier d'une couverture maladie réduit considérablement les disparités des dépenses entre la

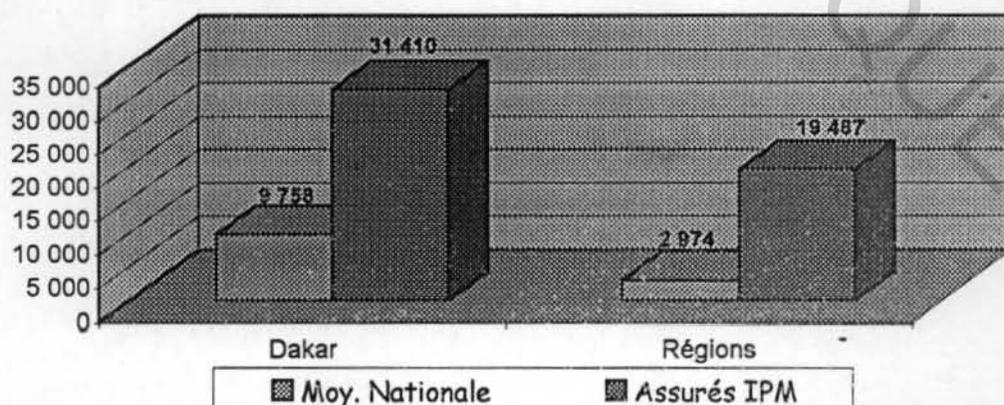
capitale et l'intérieur du pays. Le ratio Dakar/régions passe de 2.24 pour l'ESAM à 1.25 pour les malades assurés couverts par une IPM . Tout se passe comme si les malades des régions profitent de la couverture assurantielle pour se libérer du rationnement des services de soins dont ils étaient victimes du fait de l'inaccessibilité financière. En effet, la quasi totalité des hôpitaux de référence, bénéficiant de la présence des différentes spécialités médicales, et 96% des médecins spécialistes privés, sont concentrées à Dakar. Ce qui a pour conséquence, un rationnement des soins pour les populations vivant à l'intérieur du pays. C'est ainsi que, pour bénéficier de certaines prestations, ils sont souvent obligés se rendre à Dakar pour une prise en charge correcte. Le phénomène ainsi décrit, même s'il est évocateur de la manifestation du risque, démontre l'effet bénéfique de l'assurance quant à l'amélioration de l'accès aux soins de santé.

2-2-2-2: Niveau de dépenses par personne (national uniquement)

Tableau N°05: moyenne des dépenses individuelles par personne et par localité.

<i>Moyenne annuelles des dépenses selon le type de malades et la localité</i>			
	Non assurés	Assurés IPM	Moy. nationale/Ass. IPM
Moyenne	6366	25 448	4
Dakar	9 758	31 410	3,21
Régions	2 974	19 487	6,55
DK / Régions	3,28	1,61	

Graphique N°03: Moyenne des dépenses par personne et par localité



Même s'il existe un parallélisme entre les niveaux de dépenses par famille et les niveaux de dépenses individuelles, une analyse plus approfondie fait ressortir certaines spécificités des dépenses consécutives à la mise en place des IPM, en tant que organisme de couverture du risque maladie.

En effet, au niveau individuel, le ratio dépenses malades assurés versus dépenses moyenne nationale est plus prononcé, avec un effet moins marqué à Dakar(3.2) qu'à l'intérieur du pays(6.5). Cet écart très prononcé au niveau des régions, en dehors du risque moral s'explique par le fait que les populations libérées du rationnement des soins de santé se livrent à une surconsommation.

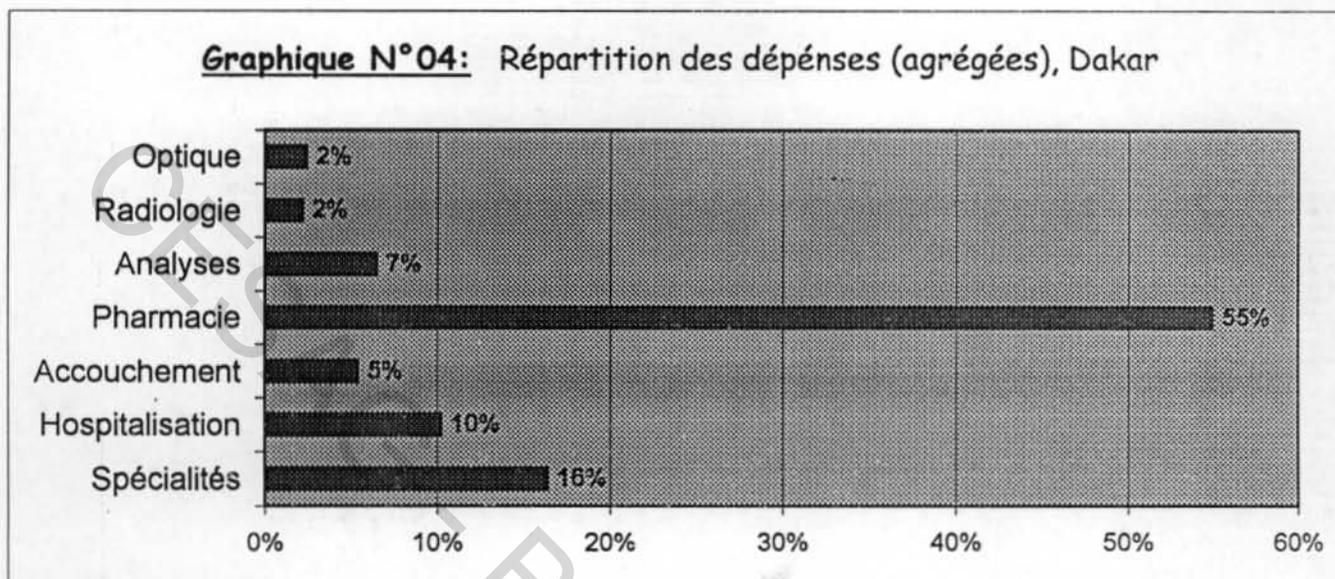
De leur côté, les médecins(les omnipraticiens et les spécialistes) peuvent compenser la réduction du nombre de consultations par une augmentation du volume de soins fournis au cours de chaque rencontre médecin-patient, sans parler des modifications unilatérales des tarifs.

Concernant les malades couverts par les IPM, le niveau élevé de dépenses dans la capitale s'explique, entre autres raisons, par la forte fréquence des consultations médicales du fait que les malades couverts n'ont rien à déboursier au moment où ils consomment les services de santé. Chaque épisode de soins qui en découle s'accompagnent des prescriptions de médicaments et d'examen paramédicaux. Il faut y ajouter l'influence de la forte concentration des cliniques et des hôpitaux nationaux dans la capitale et des tarifs élevés qui y sont pratiqués et de la demande induite qui en découle.

2-2-3: Analyse des dépenses selon la localité

2-2-3-1 : Dakar

- Analyse des dépenses globales par spécialité



La structure des dépenses de santé est déterminée par les incitatifs et les contraintes mises en place dans le système de santé dans le but de réguler le comportement des acteurs en présence (professionnels et structures de santé, assurés, assureurs) (16).

Dans le cas des IPM, puisque le coût des soins est négligeable pour le malade au moment où il consomme les services, le coût de chaque contact médecin-patient est élevé, et en particulier en ce qui concerne les consommations pharmaceutiques. Une situation qui résulte de comportements abusifs de la part des malades, de certains médecins et des officines privées.

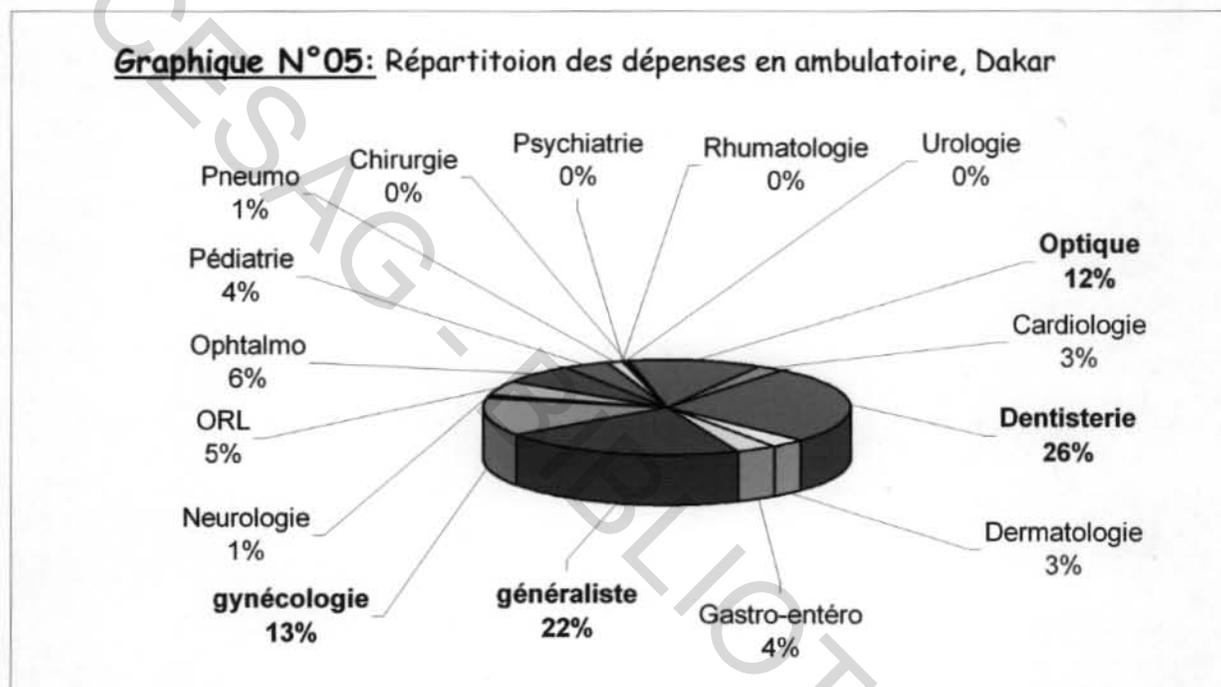
C'est ainsi qu'à Dakar les consommations pharmaceutiques représentent 55% des dépenses, une surconsommation qui résulte d'une insuffisance des moyens de gestion de la consommation médicale : défaut de promotion de la consommation des médicaments génériques, manque de coordination dans la prise en charge

médicale, absence de référentiels dans la prise en charge, préférence marquée pour les nouveaux médicaments de la part des médecins et des malades.

A côté des dépenses en médicaments, on peut remarquer la prépondérance des dépenses concernant les spécialités médicales (16%) et l'hospitalisation (10%).

Ces 03 rubriques de dépenses représentent plus de 80% des dépenses médicales.

-Analyse des dépenses en médecine ambulatoire :



Les consultations en médecine ambulatoire constituent, pour la plus part des cas, les points de départ du malade dans le processus de sa prise en charge médicale. Même si les malades peuvent dans le cadre des IPM choisir de leur propre chef d'aller consulter un généraliste ou un spécialiste, la majorité des épisodes de soins débutent nécessairement par le recours à un généraliste.

La répartition des dépenses entre les différentes spécialités est déterminée, outre les déterminants socioéconomiques, par le niveau de l'offre de soins et les modalités de paiement des prestataires et de prise en charge des assurés.

Dans nos pays, le système de santé se caractérise de plus en plus par une forte spécialisation et en même temps par une fragmentation de la prise en charge médicale.

Généralement, quand plusieurs fournisseurs de prestations sont impliqués dans le même diagnostic ou le même traitement, ni l'assureur, ni l'un d'entre eux en particulier n'a une vue d'ensemble sur les divers épisodes du diagnostic ou du traitement par le malade en question ; une gestion globale de la prise en charge est donc souhaitable. En effet, la mauvaise transmission de l'information médicale d'un praticien à un autre entraîne une redondance, des dépenses inutilement coûteuses, et d'une faible efficacité.

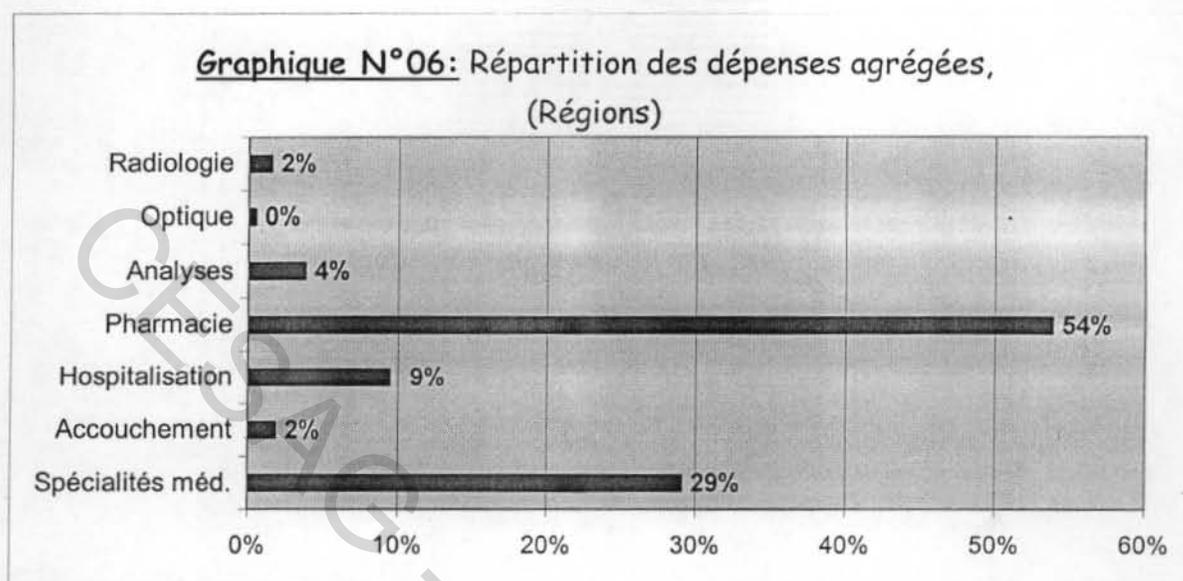
La spécialisation et la fragmentation sont dues pour une part au fait que les prestations des spécialistes devaient jusqu'ici être remboursées à des tarifs plus élevés que ceux des généralistes et, pour une autre part, à l'absence d'incitations, tant pour les généralistes que pour les spécialistes, à se regrouper pour assumer une responsabilité collective.

C'est ainsi qu'à Dakar, les soins dentaires, généralistes, gynécologiques et l'optique constituent, par ordre décroissant, 70 % des dépenses. Une répartition déterminée par la forte densité de spécialistes qui, pour assurer un revenu cible proposent des prestations plus complexes (cas des dentistes) et donc plus chères.

Certains praticiens peuvent aussi se mettre à proposer des prestations accessoires dont l'utilité médico-économique n'est pas toujours justifiée. Un cas typique est l'examen d'échographie qui est un prescrit et réalisé par le gynécologue lui-même, qui peut ainsi agir sur le coût et la fréquence de cet examen pour augmenter son revenu.

2-2-3-2 : Régions

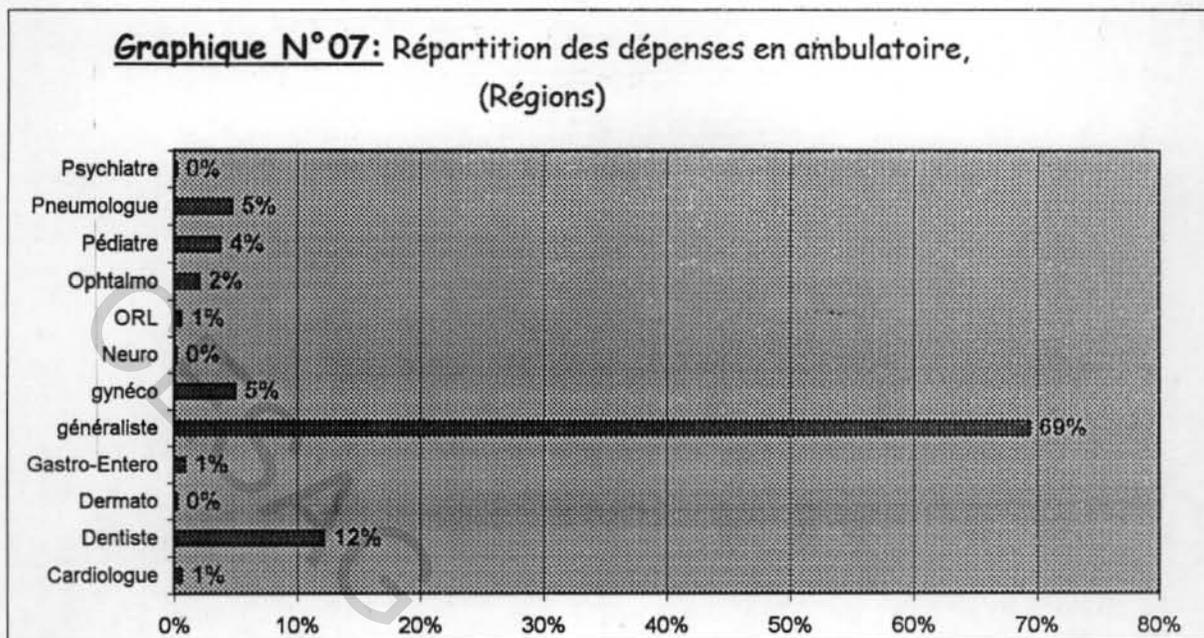
- Analyse des dépenses globales par spécialité



Au niveau des régions, l'analyse des dépenses agrégées montre, comme précédemment, une prédominance des dépenses pharmaceutiques (54%).

Elles sont suivies en proportion par les dépenses de spécialité (29%) et des dépenses d'hospitalisation (9%). Ces 03 rubriques regroupent plus de 90 % des dépenses médicales. Du fait de la rareté des médecins spécialistes privés, nous assistons dans les régions à une accentuation des consultations dans les structures hospitalières et chez les médecins généralistes. Ces consultations aboutissent généralement, en dehors des prescriptions médicales, à des prises en charge en milieu hospitalier. On voit donc combien, face à une faible densité médicale privée dans les régions, les malades s'orientent volontiers vers les structures hospitalières publics.

- Analyse des dépenses de consultations en ambulatoire



La répartition des niveaux de consommation des soins ambulatoires dans les régions est le reflet de la démographie médicale qui prévaut dans cette partie du pays, et qui se caractérise particulièrement par la rareté des spécialistes médicales.

Sur ce plan, nous remarquons que plus de la moitié des dépenses en soins ambulatoires sont consacrées à la médecine générale, qui constitue avec la dentisterie plus de 80% des dépenses. C'est ici le lieu de noter la prédominance des dépenses consacrés à la médecine générale, près de 70%, du fait de la quasi absence des spécialistes dans les régions.

Quant à la part des dépenses consacrées aux autres spécialités, elles restent faibles, avec des proportions qui ne dépassent pas 5%. La faiblesse de l'offre associée à certains déterminants socioéconomiques permet d'expliquer la faible part des dépenses allouée aux spécialistes.

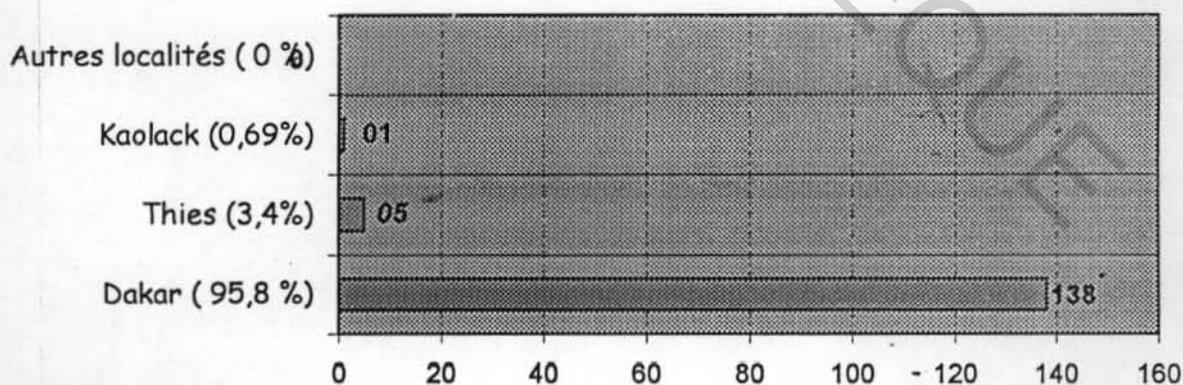
2-2-4: Analyse des écarts de dépenses entre les localités

Dans les chapitres précédents, nous avons essayé de montrer que les personnes couvertes et les personnes non couvertes avaient des formes de recours différentes. Dans le même ordre d'idée, nous avons essayé de faire ressortir les formes et les niveaux de recours au sein d'une population couverte en tenant compte de l'environnement socioéconomique et des caractéristiques de l'offre de soins. Ce dernier se répartit très inégalement selon qu'on se situe à Dakar où dans les régions.

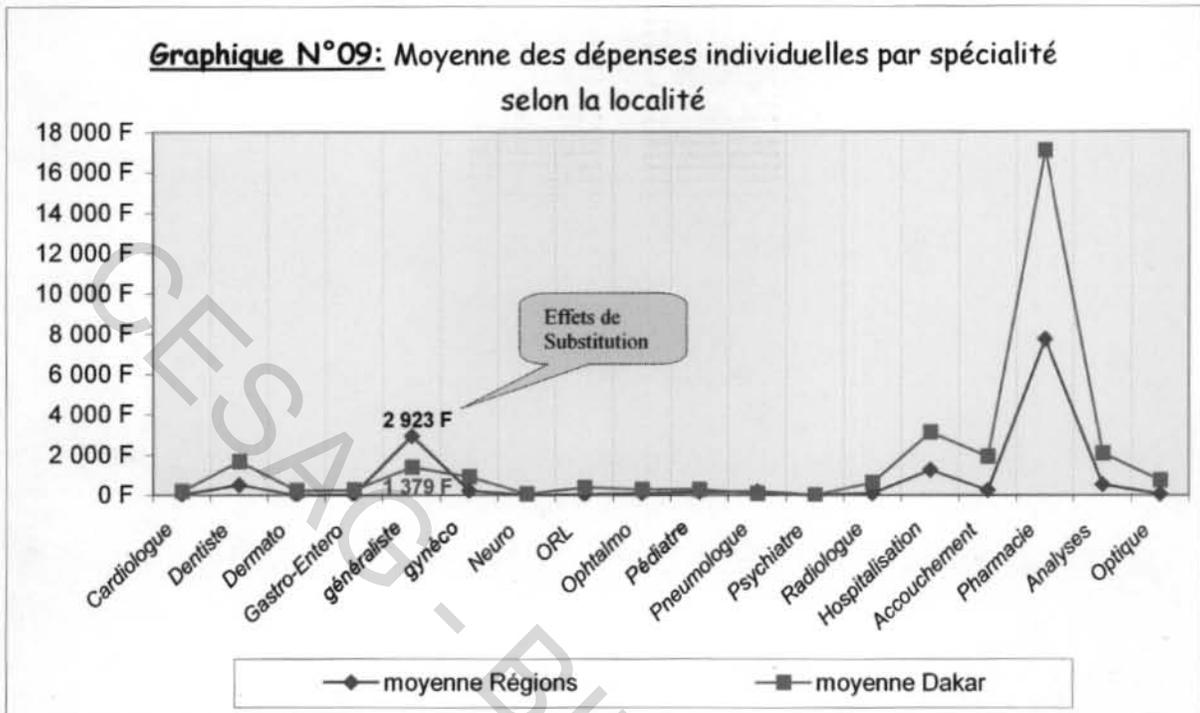
A ce niveau, nous pouvons noter que la répartition des médecins dans le territoire est très inégale. La région de Dakar polarise à elle seule plus de 70% des médecins généralistes privés et 95.8% des médecins spécialistes.

Une disparité qui a des conséquences quant à la structure des dépenses médicales, du fait de la manifestation du risque moral du côté de l'offre et de la demande de soins, et de la préférence des bénéficiaires des IPM pour les cliniques et les structures de soins privés.

Graphique N°08: Répartition des méd. spécialistes privés par localité.



• **Comparaison des moyennes de dépenses selon les localités**



Si on se limite dans un premier temps à la moyenne des dépenses, la structure des dépenses est très variable selon qu'on se situe à Dakar ou dans les régions. Globalement, nous pouvons retenir que pour toutes les spécialités médicales, les moyennes de dépenses de santé par personne sont plus élevées à Dakar que dans les autres régions. Une situation qui serait due à une demande influencée par la nature et la quantité de l'offre. Ainsi, comme nous pouvons le noter, la ville de Dakar polarise à elle seule 83 % des médecins privés du pays (généralistes et spécialistes confondus) sans compter les hôpitaux privés. Cette forte concentration de la médecine privée et surtout de spécialistes induit une demande de soins, ce qui entraîne une forte fréquence des consultations.

L'absence de médecins référents donne aux malades toute la latitude de se faire consulter directement par les spécialistes. Ce mode de recours à une forte

influence sur l'accroissement des coûts.

La surconsommation de services et biens médicaux semble plus modérée au niveau des régions par rapport à la capitale du fait qu'à Dakar, les populations ont un accès plus facile à des infrastructures médicales de qualité et donc plus chères. Aussi seraient-elles plus exigeantes en terme de confort et d'efficacité dans la prise en charge. C'est ainsi que dans un souci de concurrence, les prestataires privés vont investir dans les structures d'accueil, dans les infrastructures médicales ou vont proposer aux malades des services accessoires dont l'utilité médicale n'est pas toujours justifiée.

En effet, comme nous l'avons remarqué plus haut, le mode de fonctionnement des IPM pourrait favoriser le nomadisme médical dans le sens où, le patient peut à tout moment changer de prestataire, ce qui peut entraîner une rupture dans la continuité dans la prise en charge.

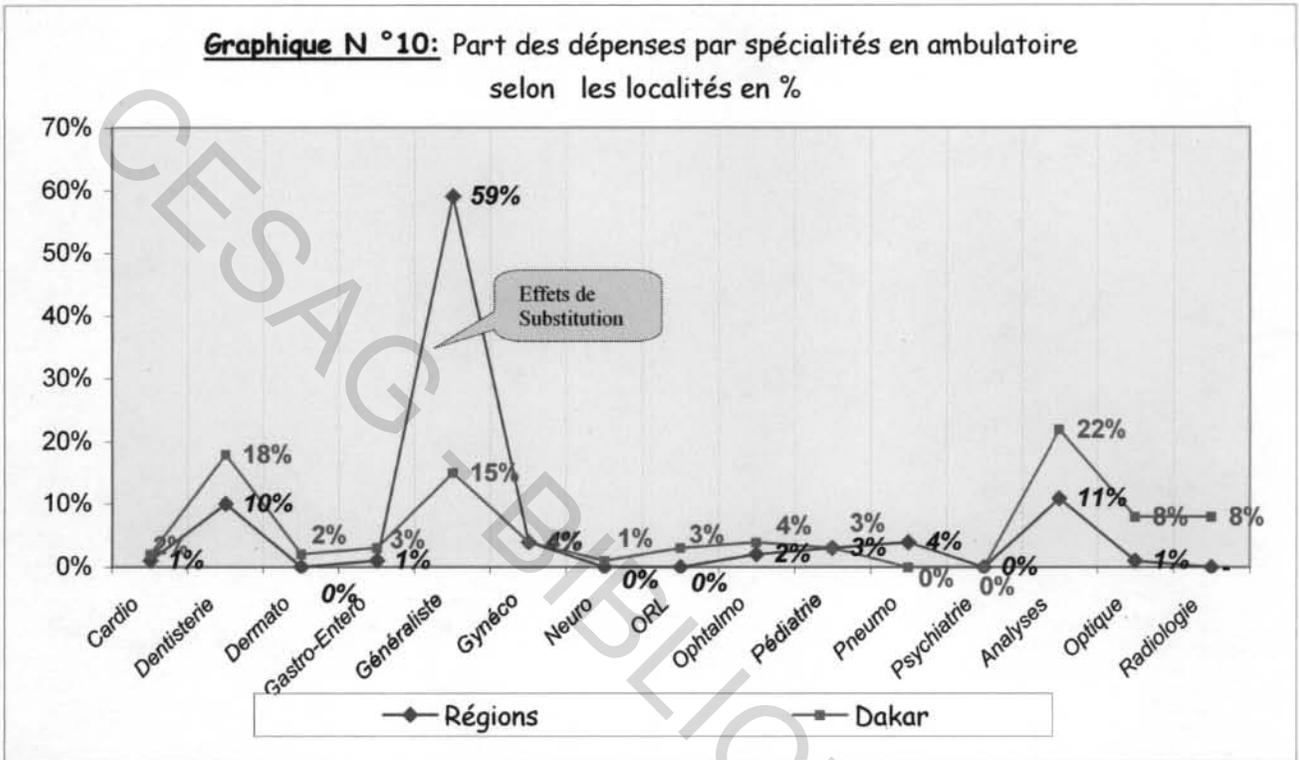
Une attitude qui favorise la surconsommation et qui risque de placer la relation prestataire de soins-patient sur un modèle consumériste incitant le praticien à devenir un technicien au détriment de l'humanisme médical.

Deux remarques essentiels ressortent de l'analyse du graphique précédent :

- A l'exception de la médecine générale, les moyennes des dépenses par spécialité sont supérieures à Dakar par rapport aux autres régions. Les dépenses de pharmacie restent de loin, les plus élevées avec une accentuation des écarts, à ce niveau (ratio Dakar/régions : 2.2). Ensuite les écarts les plus importants entre ces deux localités sont, par ordre décroissant, les hospitalisations, les analyses biologiques, l'accouchement.
- Les dépenses en médecine générale reflète à nos yeux *un effet de substitution entre médecine générale et spécialisée* qui se manifeste pour cette fois par des dépenses supérieures dans les régions qu'à Dakar. Cela

s'explique par une offre de soins de spécialistes très limitée dans les régions associée à une demande qui s'exprime essentiellement par des soins primaires.

- **Comparaison des montants en proportion**



Le pourcentage des dépenses par spécialité nous permet de cerner, pour une somme identique déboursée par an, la part accordée à chaque spécialité médicale. Si dans les régions, près de 60% des dépenses sont consacrées à la médecine générale, à Dakar elles ne représentent que 15%. Pour le reste, les dépenses consenties aux spécialités médicales restent faibles voire négligeables.

Toujours, nous remarquons qu'au niveau des régions, plus de 80% des dépenses sont consacrés à trois spécialités : la médecine générale(60%), les analyses biologiques (11%), la dentisterie (10%).

Ainsi, nous pouvons noter qu'à Dakar le pouvoir d'achat élevé des populations,

déterminé entre autres par la forte présence des entreprises, favorise la présence des prestataires privés (pharmaciens, médecins spécialistes, paramédicaux). La solvabilisation de la demande qui découle du fait de la présence d'assurance (IPM entre autres), associée à une forte présence de l'offre de soins, aboutissent à une consommation élevée.

Cette consommation élevée de soins et services médicaux dans la capitale est d'autant plus néfaste pour la viabilité financière des IPM qu'elle est orientée essentiellement vers la médecine spécialisée, ce qui signifie des services d'une qualité supérieure certes, mais à des coûts très élevés.

Ainsi, à l'absence de mesures préventives efficaces de gestion de la consommation, nous assistons à un effet de risque moral qui s'exprime par une demande orientée de préférence chez les médecins et les cliniques privés, avec un recours incontrôlé à des médecins spécialistes.

Si nous considérons la part des dépenses consacrées aux spécialités médicales, elles représentent 85% à Dakar contre 40% au niveau des régions.

La demande élevée de soins spécialistes pose un double problème :

- d'une part, parce que les tarifs des spécialistes sont plus élevés, avec une grande latitude pour ces derniers d'influer sur la tarification et les coûts ;
- d'autre part, les soins de spécialistes induisent fréquemment des examens complémentaires et des soins accessoires avec des technologies de plus en plus sophistiquées.

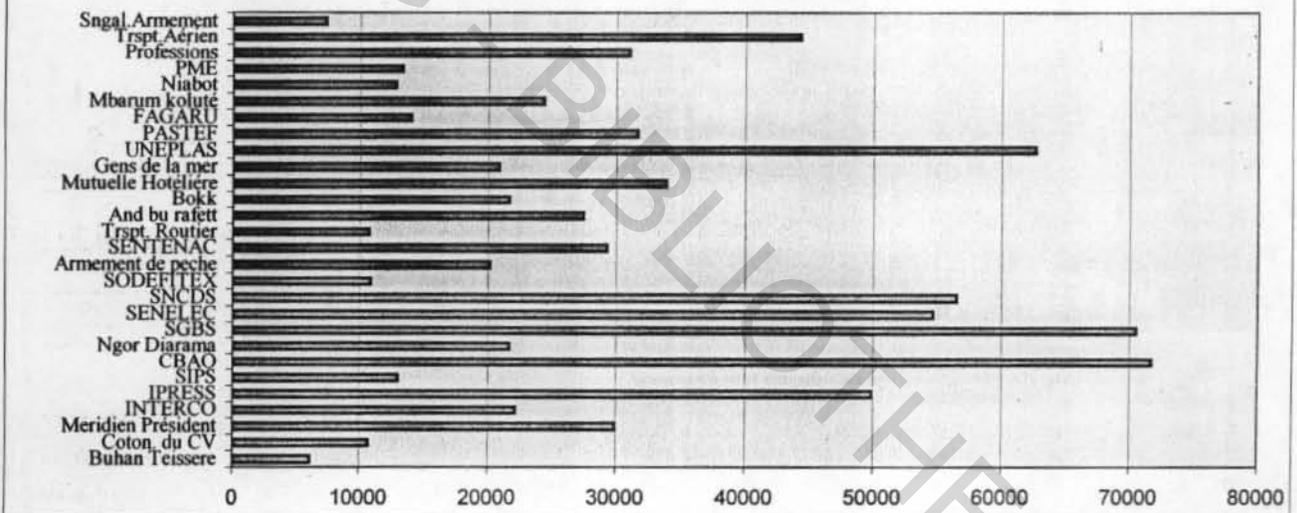
Sur ce même registre, nous notons que les écarts entre Dakar et le reste du pays, en terme de part des dépenses par spécialités, sont plus marqués concernant les spécialités suivantes : les analyses biologiques, la dentisterie, la radiologie, et l'optique.

2-2-5- Comparaison des dépenses selon le type d'IPM

Tableau N° 06: Comparaison des dépenses annuelles par famille et par type d'IPM

Statistique descriptive des dépenses familiales par type d'IPM			
IPM- E		IPM- IE	
Moyenne	161 711 F	Moyenne	111 744 F
Erreur-type	39 179 F	Erreur-type	25 308 F
Médiane	109 024 F	Médiane	89 597 F
Écart-type	151 741 F	Écart-type	98 017 F
Minimum	13 238 F	Minimum	22 081 F
Maximum	516 480 F	Maximum	399 867 F

Graphique N°11: Dépenses annuelles par personne et par type d'IPM



Guide de lecture :

IPM E la moyenne des dépenses individuelles est 31 300 F CFA

IPM IE la moyenne des dépenses individuelles est 24 094 F CFA

Les écarts des montants des dépenses entre les IPM-E et les IPM-IE reflètent à bien des égards des différences certaines dans les formes d'organisation et de fonctionnement de ces 02 types d'organismes.

Au niveau des IPM-E, la moyenne par an et par famille est de 161 711 F CFA (maximum 516 480), alors que pour les IPM-IE elle est de 111 744 F CFA (maximum 399 867 F CFA).

Cette différence s'explique par le fait que les IPM-IE ont une plus grande autonomie vis à vis des entreprises. C'est ainsi que certaines d'entre elles vont même jusqu'à exiger des cautions ou des droits d'adhésion aux entreprises qui manifesterait la volonté d'adhérer à l'IPM. Aussi, nous avons pu noter que certaines IPM-IE vont même jusqu'à exclure certaines entreprises qui ne s'acquitteraient pas correctement de leurs devoirs vis à vis de l'IPM.

Au niveau de la gestion de la consommation des bénéficiaires, les gérants des IPM-IE mettent en œuvre plus fréquemment des mesures incitatives ou des sanctions à l'égard des membres. Selon Letourmy, c'est dans les IPM-IE que des restrictions au tiers payant et à la prise en charge ont été le plus fréquemment repérées.

D'un autre côté, nous remarquons que le cadre restreint des IPM-E, où le gérant est généralement issu des travailleurs de l'entreprise, n'est pas favorable à l'application des mesures de restriction de la demande ou de sanctions à l'égard de l'employeur. C'est ainsi que nous remarquons que la plus part des IPM-E sont tributaires de l'appui et de la subvention de l'entreprise pour assurer leur survie.

Globalement, la volonté de recherche de la performance dans la gestion du risque maladie est plus manifeste dans les IPM-IE.

C'est ainsi que la surconsommation des soins et services de santé est plus manifeste dans les IPM-E. Ces dernières sont handicapées par le manque d'autonomie vis à vis des membres du fait du cadre très restreint.

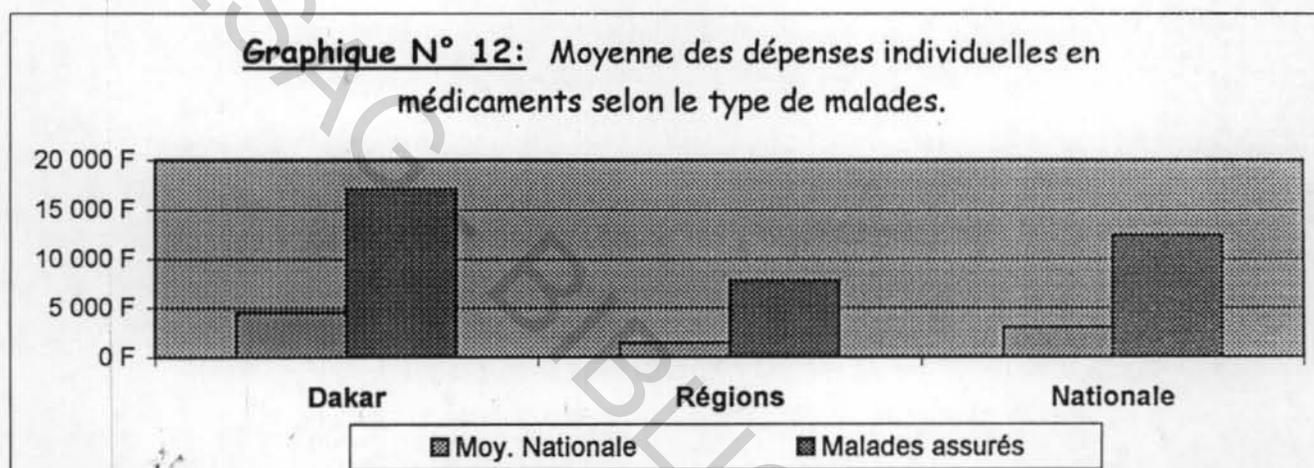
De même, la taille réduite des adhérents ne favorise nullement la performance des IPM-E du fait d'un mauvais partage de risques.

2-2-6-Le cas particulier des dépenses en médicaments

Tableau N° 07 : Moyennes individuelles des dépenses en médicament.

Moyenne des dépenses individuelles en médicament selon le type de malades			
	Moyenne nationale	Malades assurés	Ratio Mal. ass. /Moy. nation
Dakar	4 523 F	17 074 F	3,7
Régions	1 450 F	7 740 F	5,33
Nationale	2 990 F	12 407 F	4
Ratio DK / Régions	3	2,2	

Graphique N° 12: Moyenne des dépenses individuelles en médicaments selon le type de malades.



Les médicaments ont une place stratégique dans les services de santé, pour deux raisons. D'une part, ils sont le dernier maillon de la chaîne des soins, celui qui porte leur efficacité. D'autre part ils sont souvent le support du financement des soins de santé primaires.

La prépondérance des dépenses en médicaments dans les dépenses de santé mérite une attention particulière. En effet, que ce soit au niveau de Dakar ou dans les régions, elles constituent plus de la moitié des dépenses. C'est pourquoi, une maîtrise des dépenses de santé doit passer en priorité par une réduction des dépenses en médicaments et produits pharmaceutiques.

Pour limiter la surconsommation qui découle du risque moral, il faut maîtriser les facteurs favorisant aussi bien du côté de l'offre que de la demande. Globalement, nous remarquons que les malades assurés ont des niveaux de consommation très élevés par rapport à la moyenne nationale (ratio 04).

Du côté des patients, les écarts des dépenses en médicaments entre assurés et la moyenne nationale sont plus prononcés dans les régions qu'à Dakar (ratio 5.3 contre 3.7), ce qui fait penser à un phénomène de rattrapage des malades non assurés qui, à défaut d'une couverture maladie étaient soumis, jusque là, à un fort rationnement. Ce rationnement étant subis d'une façon plus intense par les populations résidant dans les régions du fait de leur faible pouvoir d'achat.

Du côté de l'offre de soins, les conditions de la décision médicale et de la décision de prescription sont assez complexes et dépendent de l'état de santé du malade, du niveau des connaissances médicales, du degré d'information du malade, et du mode de rémunération des praticiens. Les limites dans les possibilités de recourir à des examens complémentaires favorise la prescription de beaucoup de médicaments sur une même ordonnance pour limiter les risques d'erreur.

La solvabilisation de la demande fait que les praticiens sont plus à l'aise dans les prescriptions, influencés souvent par les demandes des assurés qui en demande plus et mieux.

Chapitre III: Discussion et Recommandations

Malgré une nette amélioration de l'état de santé des populations, les dépenses de santé ne cessent de progresser. Une situation qui peut s'expliquer par la pression convergente de l'évolution de la demande et de l'offre de soins. Dans notre contexte de pays en développement, l'accroissement des dépenses qui en résulte peut être expliqué par plusieurs raisons :

- L'augmentation de la tarification des soins de santé ;
- La croissance du volume des soins liée à une forte demande, associée à une offre plus sophistiquée et des gammes de prestations plus larges ;
- La recours élevé à des consultations de médecins spécialistes.

Sur le plan macro-économique, cette évolution croissante des dépenses de santé conjuguée au ralentissement économique ont conduit, par un effet de ciseaux entre les recettes et les dépenses, à des déséquilibres financiers. La fermeture d'entreprises aboutissant à une réduction notable des recettes des IPM, qui dépendent essentiellement des cotisations des travailleurs. C'est pourquoi, nous pensons que pour assurer la survie des IPM, il faut cerner au mieux les facteurs qui favorisent l'accroissement des dépenses de santé, en l'occurrence le risque moral.

La *maîtrise médicalisée* des dépenses, loin de tendre vers un rationnement des soins, (*maîtrise comptable*) devra s'orienter vers une rationalisation des soins. Elle consistera à une optimisation des crédits consacrés à la santé, en tentant d'éliminer les soins non médicalement justifiés, ou excessivement coûteux et qui n'apportent pas de bénéfices réels pour le malade et la communauté (dépenses inutiles, redondantes, inadaptées), en un mot : *c'est l'art de bien se soigner et à juste prix.*

3-1- Discussion :

✓ contribution des IPM au financement alternatif de la santé

L'effort entrepris pour la pérennité des IPM est louable sous un double angle : d'une part les IPM doivent constituer un exemple de réussite afin d'impulser la promotion de la protection sociale en direction du secteur informel, et d'autre part, l'existence des IPM constitue une justice sociale et un gage de sécurité pour les travailleurs. Au moment où on parle du développement du secteur privé, les IPM permettent de sécuriser les investissements en assurant plus de 50% des recettes des cliniques et officines.

Déjà dans le Journal de l'Economie(Dakar), du 23 août 2001, Anoumou Amekudji estimait la contribution annuelle des IPM au financement de la santé à plus de 13 milliards de francs CFA. Et, il les classait comme la première source de financement alternatif de la santé au Sénégal.

En ce qui nous concerne, si nous estimons le nombre des travailleurs dans les entreprises à 83 000 individus, la dépense par personne est de 25 449 F CFA, la contribution des IPM au financement de la santé serait $83\ 000 \times 5.9$ (taille famille) $\times 25\ 449\ F \times 01$ recours/an*1, soit 12 462 375 300 F CFA.

✓ l'impact du risque moral sur la viabilité des IPM

S'il est compréhensible, voire souhaitable que les malades assurés aient des niveaux de dépenses supérieurs par rapport aux malades non assurés, il n'en demeure pas moins que l'impact du risque moral doit être constamment évalué afin de soutenir la viabilité des IPM. En effet, un niveau excessif de surconsommation peut avoir un impact négatif sur la viabilité des IPM.

* cf Bibliographie 17

La référence en matière d'évaluation de l'influence de l'aléa moral dans la consommation de soins est constituée par les études réalisées à partir des résultats de la Health Insurance Experiment (23). Le protocole de cette expérience a permis de mesurer les effets de l'aléa moral sans que les estimations soient biaisées par les phénomènes d'anti-sélection. A la différence des expériences "naturelles", l'étude de la Rand a aussi permis de tester les effets de taux de couverture très variés (allant de 5 à 100 %).

Les résultats montrent (i) que la consommation de soins croît avec le taux de couverture, (ii) que celui-ci affecte plus le nombre de contacts médecin-patient que la dépense de soins au cours de chaque rencontre.

Ils estiment que la consommation moyenne des mutualistes serait supérieure de 30% à celle des non mutualistes.

Dans une autre étude, Breuil (1999) construit des épisodes de soins, définis comme l'ensemble des soins relatifs à une maladie et à un patient donnés. Le nombre d'épisodes connus par un patient est déterminé par le nombre de maladies qui l'ont affecté. Seul le nombre de recours au médecin (la longueur de l'épisode) est susceptible d'être influencé par des comportements de nomadisme médical ou de demande induite. Il apparaît que l'assurance est un élément déterminant du nombre d'épisodes, mais pas de leur longueur ou composition.

Ces études fournissent des résultats très intéressants. Le contraste entre l'influence de l'assurance sur le premier recours (à l'initiative du patient) et l'absence d'effet marqué sur le retour chez le médecin et les dépenses de soins, implique une forte présomption d'aléa moral.

Concernant l'ampleur du risque moral sur les dépenses des IPM, nous avons remarqué que les bénéficiaires d'IPM ont des dépenses 04 fois supérieures à celles des personnes non couvertes. Des niveaux de dépenses qui sont déterminés

par une fréquence élevée des consultations, avec une demande d'une médecine plus sophistiquée et plus chère.

Ce qui rejoint Caussat et Claude qui estimaient que la probabilité pour un mutualiste de consulter un spécialiste est 20% plus élevée que pour non mutualiste.

✓ **disparité entre les zones géographiques (localités)**

Nous n'avons pas trouvé d'écrits sur les écarts des consommations selon les localités concernant les IPM. Concernant notre étude, nous pouvons retenir que pour toutes les spécialités médicales, à l'exception de la médecine générale, les moyennes de dépenses de santé sont plus élevées à Dakar que dans les autres régions.

Une différence sur les niveaux de consommation que l'on pourrait expliquer par des caractéristiques de l'offre de soins très différente aussi bien concernant la qualité et la quantité de l'offre. Ainsi, comme nous pouvons le noter, la ville de Dakar polarise à elle seule 83 % des médecins privés du pays (généralistes et spécialistes confondus), sans compter les hôpitaux privés. Cette forte concentration de la médecine privée et surtout de spécialistes induit une demande de soins.

D'après une étude menée en 1986 par deux économistes américains (Romwell et Mitcell), une augmentation de 10% du nombre de chirurgiens ferait croître de près de 1 % le recours par habitant aux soins chirurgicaux traditionnels. Les médecins veulent rentabiliser leurs investissements, ce qui influe sur le coût et la fréquence de la prise en charge.

Nos résultats montrent qu'à l'exception des dépenses en médecine générale, les IPM de Dakar ont des dépenses de santé supérieures par rapport aux IPM des

autres régions du pays. Un écart entre les deux localités que l'on pourrait estimer à près de 4 994 940 000 F CFA .

Concernant la part des dépenses par spécialité, la même hiérarchie est respectée. Les écarts entre Dakar et le reste du pays, en terme de part des dépenses par spécialités, sont plus marqués concernant les spécialités suivantes : les analyses, la dentisterie, la radiologie, et l'optique. La typologie des dépenses étant fortement influencée par les caractéristiques de l'offre privée de soins et de la demande induite qui en découle.

✓ **disparités des niveaux de dépenses selon le type d'IPM**

Tableau 07: Comparaison des dépenses selon le type d'IPM

Statistique descriptive dépenses par personne en F CFA

<i>IPM- E</i>		<i>IPM- IE</i>	
Moyenne	33 708	Moyenne	25 701
Erreur-type	6 571	Erreur-type	3 729
Médiane	22 194	Médiane	24 379
Écart-type	23 692	Écart-type	14 441
Minimum	6 157	Minimum	7 336
Maximum	71 733	Maximum	62 675

Divers auteurs (LETOURMY,1996, KODJO,2000) qui se sont penché sur viabilité des IPM ont conclu à une nette différence entre les IPM-E et les IPM-IE,même si au sein de chaque groupe la typologie des IPM montrent qu'elles constituent un sous-ensemble très hétérogène.

Les différences des niveaux de dépenses entre les IPM-E et les IPM-IE montrent combien les contraintes organisationnelles et financières ont une influence sur la recherche de performance au niveau des IPM.

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.

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. C'est ainsi que beaucoup d'assurances ont échoué à cause de la mauvaise qualité du management.

Dans les IPM-IE, la moyenne des dépenses par personne est de 25 701 F CFA, alors qu'elle est de 33 708 F pour les IPM E. Cette nette différence est la résultante de plusieurs facteurs liés essentiellement à leur modes de fonctionnement et de financement. Dans les IPM-E, la petite taille des participants est un facteur discriminant, avec une mauvaise répartition des risques.

Les entreprises ayant une IPM lui apportent souvent une aide substantielle, mise à disposition de personnel (en particulier du gérant, de locaux, prise en charge de frais de fonctionnement (eau, électricité, téléphone). Lorsqu'il y a un service médical d'entreprise, des prestations gratuites pour les employés représentent autant d'économies pour les IPM. Cette situation de dépendance ne favorise nullement la recherche de performance dans la gestion de l'institution.

C'est ainsi que nous remarquons que les IPM-IE ne bénéficient d'aucune aide directe ou indirecte de la part des entreprises. Ainsi, la capacité d'action des IPM-IE vis à vis des membres adhérents est bien supérieure à celle de chaque IPM-E à l'égard de l'entreprise qui l'a créée.

En ce concerne les IPM-IE, diverses mesures ont été initiées à l'endroit des entreprises et des bénéficiaires (LETOURMY) : demande de droits d'adhésion, les procédures de suspension des participants ou de prestataires, les procédures de contrôles sont plus courants, les mesures de restrictions du tiers payant et de la prise en charge.

Cet effort de limiter les dépenses médicales et les coûts de fonctionnement est d'autant plus nécessaire que les possibilités d'ajuster les cotisations sont difficiles du fait que dans le cas des IPM, ces dernières sont définies par des dispositions réglementaires.

3- 2- Recommandations :

✓ une redéfinition du rôle de l'état

Au-delà de préoccupations économiques pures, le domaine de la santé en générale, et de la protection sociale en particulier sont caractérisés par de fortes préoccupations redistributives. Le respect des principes d'équité est souvent assigné comme objectif au système d'assurance maladie. Dès lors, l'intervention publique dans le domaine de la santé vise également à un accès universel aux soins de santé. Dans ce cadre, la couverture maladie publique est justifiée au nom du principe de solidarité et de justice sociale, car ce système permet d'atténuer fortement les inégalités dans l'accès aux soins.

C'est pourquoi, l'Etat en tant qu'autorité de tutelle, doit organiser le cadre réglementaire, veiller à ce que les attributions et les retraits des agréments se déroulent dans des conditions objectives, organiser la garantie du bon fonctionnement du système.

La puissance publique devra désormais se limiter à impulser et à surveiller le jeu des agents économiques : *Etat garant et non Etat gérant.*

Cependant, malgré l'ambiance internationale mondialisée tendant à une minimalisation du rôle de l'état, il nous semble indispensable de restaurer de nouvelles responsabilités sociales de l'Etat. En effet, l'Etat, réinventé dans une éthique politique de libertés, de légitimité, de représentativité et d'équité, serait l'animateur du social, à partir d'un projet politique qui reconsidère la question de la protection sociale.

Il revient à l'Etat de définir les priorités nationales en matière de santé et de déterminer les politiques permettant d'atteindre ces objectifs. Il est nécessaire qu'il définisse des mécanismes et des cadres de concertation entre les différents

acteurs impliqués dans le financement de la santé. En ce sens, l'Etat doit disposer et partager avec les acteurs du système de soins de santé, des informations essentielles, ce qui favorise un fonctionnement efficace et équitable du système de santé.

✓ **régulation de l'offre de soins**

Il est illusoire de penser que l'activité du médecin est facile à encadrer. Ce dernier, grâce aux rentes informationnelles dispose de réelles capacités d'adaptation lui permettant de se procurer un revenu cible.

La surconsommation du côté de l'offre de soins peut être aggravée et entretenue par trois facteurs liés au système de paiement en vigueur dans les IPM :

- le paiement rétrospectif sans contrôle du volume de soins associé au tiers payant intégral ;
- le paiement à l'acte ;
- la possibilité donnée au patient de choisir librement son médecin ou la structure qui le prendra en charge.

Récemment, dans beaucoup de pays, les mesures susceptibles de décourager ou de pénaliser la prescription et la prestation de soins coûteux ont reçu beaucoup d'attention, et ont récemment fait l'objet d'importantes innovations institutionnelles.

A ce sujet, nous remarquons que le secteur des IPM est à la traîne. C'est pourquoi, en ce qui concerne la maîtrise de l'offre de soins ou la maîtrise médicalisée, ou en terme anglaise le « *managed care* », nous pensons qu'il est important d'initier des actions concrètes, qui, à nos yeux peuvent contenir les dépenses de santé dans des dimensions raisonnables.

Ces mesures peuvent être :

- une réglementation de l'acquisition et de l'usage de certaines technologies, la concurrence conduisant à une différenciation par la qualité, les médecins ont tendance à s'orienter vers les équipements et les traitements les plus coûteux,
- Responsabilisation de l'offre et paiement prospectif sous forme de conventions de financement prospectives (capitation, groupe homogène de malades), pousser les médecins à modérer leur activité pour respecter une enveloppe financière donnée,
- Une soumission des traitements coûteux à des autorisations préalables, l'IPM bénéficiera dans ce cadre de l'appui d'un médecin conseil,
- Une évaluation périodique de l'efficacité médico-économique des prestataires et révision des Conventions et des agréments, mettre en œuvre des incitations positives et négatives,
- Une mise en place dans chaque IPM d'un médecin référent (gate keeper), qui aura comme objectif entre autres de fidéliser le patient auprès de son médecin de premier recours. Ce dernier pourra ainsi mieux le suivre à long terme et limiter le recours à des actes inutiles.

✓ **Rationaliser la consommation des produits pharmaceutiques :**

Il ressort de notre étude que rares sont les IPM qui ont initié des mesures afin de rationaliser l'utilisation des médicaments. Diverses mesures peuvent être initiées pour réduire les dépenses en médicaments et produits pharmaceutiques :

- promouvoir davantage l'utilisation des génériques, il faudrait : Augmenter l'offre de spécialités génériques disponibles dans les différentes classes thérapeutiques, qui permettrait de réduire

considérablement le coût des dépenses en médicament. Promouvoir la prescription en DCI par les médecins et faciliter la substitution par les pharmaciens,

- relancer les campagnes d'information en direction des professionnels de santé et des patients en les responsabilisant pour un usage rationnel des médicaments.
- la révision des taux de remboursement de certains médicaments en tenant compte du service médical réduit (SMR). Le SMR par une spécialité et pour une indication donnée prend en compte son efficacité, sa sécurité d'emploi, sa place dans la stratégie thérapeutique, la gravité de l'affection à laquelle elle est destinée, ses conditions réelles d'utilisation et son intérêt en terme de Santé Publique.

✓ **régulation de la demande de soins :**

La demande de soins du malade dépend de son degré de morbidité, cependant, en cas d'une prise en charge par une assurance maladie, nous pouvons distinguer, outre le premier recours, une demande ultérieure qui est déterminée par les modalités de prise en charge du malade et le prix perçu au moment de la consommation du bien santé. Les modalités de prise en charge peuvent constituer des atouts ou des freins quant à l'accès aux soins de santé: accessibilité géographique, accessibilité administrative, temps d'attente.

C'est pourquoi, pour limiter le risque moral, il est nécessaire d'établir certaines mesures usuelles :

- une bonne information des assurés sur les principes de base de tout système de sécurité sociale et sur le système de soins de santé. Leur

seront fournies également, des informations objectives sur les médecins conventionnés pour les permettre de faire des choix éclairés.

- un filtrage des modalités d'accès aux soins : un gate keeper qui sera chargé de coordonner les soins sur la base d'un dossier médical global. Ce médecin référent évitera le recours excessif des malades aux médecins spécialistes, ce qui nous permettra de réduire les dépenses injustifiées.
- une meilleure définition des taux de prise en charge selon les pathologies et les thérapeutiques mises en œuvre, en tenant compte du service médical rendu, de la prévalence, et des caractéristiques socio-économiques des assurés. La participation du malade ainsi définie peut prendre la forme d'un co-paiement ou d'une franchise. C'est un taux qui doit être régulièrement adaptée pour chaque IPM en tenant compte des données épidémiologiques et financières propres à chaque IPM.

✓ restructuration de l'environnement des IPM :

Il n'est point besoin de revenir en détail sur le caractère obsolète des textes réglementaires qui ont plus d'un quart de siècle d'existence.

La fixité de la fourchette du taux et du plafond des cotisations a conduit à une distorsion entre les produits et les charges, dans un environnement où l'inflation n'est pas toujours maîtrisée. La dévaluation du FCFA, les P.A.S et les progrès technologiques ont continué de rendre la médecine de plus en plus chère.

Le cadre juridique a été privilégié par rapport au cadre économique. En effet, un modèle type de statuts et de règlement intérieur a été arrêté par l'administration. Par contre, ni plan comptable, ni procédure de comptabilisation ni modèle type de tableaux de synthèse et d'états financiers n'ont été définis par

l'autorité en vue d'harmoniser la gestion de l'IPM.

Il arrive très souvent que l'IPM prennent en charge les cas des accidents de travail et certains examens, d'où l'intérêt de définir clairement les frontières entre l'IPM, la médecine du travail et la caisse de sécurité sociale.

La dispersion et l'anarchie qui sévit dans l'environnement des IPM nous amène à proposer la mise sur pieds d'une Union des IPM qui sera chargé d'améliorer la solvabilité et la viabilité des IPM.

Les ressources de l'Union proviendront de la cotisation des IPM, elle sera administrée par un conseil composé paritairement par des représentants des employeurs et des travailleurs, auxquels s'adjoindront à titre consultatif des représentants du Gouvernement, certains gérants d'IPM et éventuellement des professionnels de santé.

Les fonctions de L'Union des IPM seront multiples. Comme organe fédérateur, toutes les IPM auront l'obligation de s'affilier au niveau de l'Union, qui mettra sur pieds un fond de réassurance des IPM pour leurs gros risques maladies. Délégation sera faite à l'Union de certaines missions, qui jusque là étaient dévolues au ministère de tutelle.

Il pourra s'agir de la fixation des paramètres de cotisation, des taux de prise en charge et des délais et modalités de remboursement, tout en reconnaissant à l'IPM le pouvoir de les adapter en fonction des réalités socio-économiques de l'IPM.

Il faudra élaborer pour toutes les IPM un plan comptable, un manuel de procédures comptables et un modèle de présentation des états financiers de manière à harmoniser et faciliter le traitement des données au niveau de la cellule.

Du fait du nombre important de participants dont elles gèrent la maladie, les structures de gestion détiendront un important pouvoir de négociation avec les prestataires. Ainsi, elles pourront facilement négocier des tarifs préférentiels pour les IPM.

Avant d'être agréés, les médecins et les structures hospitalières seront inspectées par une équipe définie par l'Union qui s'assurera que les conditions sont remplies pour l'exercice d'une médecine de qualité, que le système de tarification convient à l'IPM. Le renouvellement annuel de la convention entre le prestataire ou la structure de soins et l'Union exige le respect des termes du dit contrat par les deux parties signataires.

Bien que l'autonomie du médecin doit être respectée, autant dans sa démarche diagnostique que thérapeutique, il est souhaitable que l'appui d'un médecin conseil soit institué dans toutes les IPM. Le rôle de ce dernier sera renforcé, toutes les données nécessaires lui seront communiquées, lui permettant ainsi de comparer l'activité des prestataires entre eux, que ce soit en terme de qualité et en terme d'efficacité médico-économique.

CONCLUSION GENERALE

Le système de santé Sénégalais est dominé par la prépondérance du service public de soins. Cependant, du fait de la qualité insuffisante dans ces structures, la tendance des populations est à la recherche de structures privées de soins.

Au Sénégal, le niveau d'offre de soins en qualité comme en quantité est à rapprocher de l'existence des IPM. Ces dernières assurent la solvabilisation de la demande de soins et la rémunération du capital investi dans les institutions d'offre de soins, ainsi que les revenus des professionnels libéraux. En effet, il ne suffit pas qu'il y ait de bonnes thérapeutiques disponibles, il faut encore que chacun puisse les solliciter en cas de nécessité. Les IPM, en tant que branche de l'assurance maladie, jouent un rôle majeur dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé.

Cependant, la consommation élevée qui en découle, du fait du risque moral - aussi bien du côté de l'offre que de la demande de soins - fragilise la stabilité financière des IPM.

Notre étude nous a permis de constater que les malades libérés des contraintes financières se livraient à une consommation de soins sans commune mesure avec leur capacité financière des IPM. Une situation exacerbée par le risque moral du côté des prestataires de soins, qui est plus accentué au niveau de la région de Dakar du fait de la forte concentration de l'offre privée de soins.

Ainsi, nous avons pu remarquer au terme de notre étude que les bénéficiaires des IPM ont des niveaux de consommation élevés, avec des modes de recours très différents caractérisés par un recours aux médecins spécialistes, et aux cliniques privés.

Cette consommation élevée, même si elle est en partie imputable au comportement de risque moral des assurés et des prestataires, est exacerbée par la mauvaise organisation et le déficit dans la coordination des soins qui caractérise le système des IPM.

C'est pourquoi, en dépit des mesures correctrices, visant à basculer le risque financier soit du côté de l'offre, soit du côté de la demande, soit du côté de l'assureur, il nous est paru utile de mettre sur pieds l'Union Technique des IPM.

Cette Union aura comme objectif l'amélioration de l'efficacité productive du système de soins. Un objectif qui passe nécessairement par la mise en œuvre des techniques de managed care, terme qui désigne l'ensemble des instruments de «gestion de soins» : sélection des professionnels, négociation des tarifs et des modes de rémunération, référentiels de pratiques et de protocolisation de soins, éducation sanitaire, organisation et coordination de la filière de soins, contrôle du bien-fondé des thérapeutiques, objectifs de durée de séjour, innovations organisationnelles portant sur les processus de soins et de préventions, etc.

L'Etat, en ce qui le concerne, devait adopter une attitude plus ferme, en renforçant son rôle de réglementation et de coordination du système de soins, avec l'appui de l'Union Technique des IPM.

L'objectif ultime étant de permettre aux populations d'accéder à des soins de qualité dans des délais raisonnables, avec une maîtrise rationnelle des coûts, en tenant compte des objectifs nationaux de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. ARROW, K. J. (1963) "Uncertainty and the welfare economics of medical care." *American Economic Review*, LIII (5), pp. 941-973
2. ATIM Chris, "The contribution of Mutual Health Organizations to financing, delivery and access to health care", BIT, 1998.
3. ATIM Chris, 2000-b. Manuel de formation des formateurs pour les Institutions de Prévoyance Maladie. Projet PHR
4. ATIM Chris. Assurance maladie et mutualité en Afrique. Codex, CESAG, 2001
5. Auvray L., Dumesnil S., Le Fur P., 2001, Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la santé et la protection sociale, France 2000, CREDES.
6. BEJEAN S. et Gadreau M. (1992) Asymétrie d'information et régulation en médecine ambulatoire. *Revue d'Economie Politique*, 102, p. 208-227
7. BOCOGNANO A., Couffinhal A., Dumesnil S., Grignon M., 2000, « La couverture complémentaire en France : qui bénéficie de quels remboursements », Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998, CREDES.
8. BOYER Sylvie Caroline DELESVAUX Jean-Pierre FOIRRY Christian PRIEUR. Le risque maladie dans les assurances sociales: bilan et perspectives dans les PVD. Étude réalisée par le CREDES ;septembre 2000.
9. BREUIL P., 1998, « Assurance et recours aux soins : une analyse micro-économétrique à partir de l'enquête santé 1991-1992 de l'Insee », *Revue Economique*.
10. BREUIL P., Grandfils N., Raynaud D., Revenus, 1999, « Assurance et santé: le problème de l'accès aux soins des plus démunis », *Les cahiers du GRATICE*, 15 :243-76
11. CAUSSAT L. et Claude M. (1993) Dépenses médicales et couverture sociale. *Economie et Statistique* n°265; P. 31-43.

12. CHIAPPORI P.-A., Durand F. et Geoffard P.-Y. (1998) Moral hazard and the demand for physician services: first lessons from a French natural experiment. *European Economic Review* 42, P. 499-511
13. CONTANDRIOPOULOS A P et al., 1990. Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer .Les Presses de l'Université de Montréal.
14. CREESE Andrew, 1994. Les tendances mondiales en matière de réforme des soins de santé. Forum mondial de la Santé. Volumes 15
15. DAVID Bardey, Couffinhal A., Grignon M., Le risqué moral ex post en santé est-il si néfaste ? Document de travail du CREST-LEI.
16. DELATTRE E. et Dormont B. (1999) Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Etude microéconométrique sur données de panel. Document de travail Théma, n°99-21, Economie et Prévision .
17. DIOP François. P., FALL C.I. , THIAKANE A., 1998. Coût et fréquentation des prestations de soins dans le cadre des organisations de partage du risque maladie : Le cas des IPM de Dakar.
18. Direction de la Prévision et de la statistique, (1997), Enquête Sénégalaise auprès des ménages ESAM, Rapport de synthèse, Ministère de l'Economie des Finances et du Plan, 177p.
19. DOURGNON P., Sermet C., 2002, La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ? CREDES.
20. DREZE, J.H. (1997) « De la spécificité économique des soins de santé », Economie et Prévision, 129 -130, pp. 1-8.
21. ELLIS R. P. et McGuire T.G. (1990) Optimal payment systems for health services. *Journal of Health Economics*, 9, 375-396.
22. GENIER P. (1998) Assurance et recours aux soins : une analyse microéconométrique à partir de l'enquête Santé 1991-1992 de l'Insee. *Revue Economique*, Vol. 49, n°3, p. 809-819.

23. GEOFFARD, P.-Y. (2000) « Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral », *Economie et Prévision*, 142, janvier-mars, pp.123-136.
24. KERVASDOUEJ. 2001. La santé intouchable. <http://www.medcost.fr/html>
25. KODJO N. Ezoua., 2001. Analyse des facteurs déterminant la viabilité des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) au Sénégal.
26. L'HORTY Y., Quinet A. et Rupprecht F. (1997) Expliquer la croissance des dépenses de santé : le rôle du niveau de vie et du progrès technique. *Economie et Prévision*, n°129-130; p. 257-268.
27. LETOURMY A., "L'assurance maladie obligatoire au Sénégal : analyse et voies d'amélioration", Rapport de mission, ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Sénégal et PDRH1/santé, 1996.
28. LUCIEN Gardiol, Pierre-Yves Geoffard, Chantal Nicolet "Testing for adverse selection and moral hazard : an econometric study of deductibles and health expenditures on Swiss insurance claims data," avril 2001. Article disponible sur demande auprès de chantal.nicolet@hec.unil.ch .
29. NDIAYE Waly, THIAM C., 1996. Le système de protection sociale au Sénégal, situation et perspectives d'évolution.
30. NYMAN, J. A. (1999) "The economics of moral hazard revisited." *Journal of Health Economics*, 18, pp. 811-824
31. OKO André., 1992. Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé : cas du Sénégal.
32. OMS, 2000. Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant. Genève. Suisse.
33. PAULY M, 1968, The economics of moral hazard: Comment , *American Economic Review*, 58, pp.531-537
34. PERNEGER T., 2001 . Assurance et santé : comment ça marche ? *Bulletin des médecins suisses* . ;82 : N° 36

35. Rapport sur le développement dans le monde (investir dans la santé) Banque Mondiale, 1993
36. Rapport : "Opportunité de création d'une caisse nationale d'assurance maladie", Groupe de travail de l'assurance maladie, Primature, Dakar, novembre 1996.
37. RAYNAUD D., 2002, « Les déterminants individuels des dépenses de santé », Dossiers Solidarité et Santé n° 1.
38. ROCHAIX L. et Jacobzone S. (1997) L'hypothèse de la demande induite : un bilan économique. *Economie et Prévision*, n°129-130, p. 25-36.
39. ROCHAIX L., 1997, Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats, *Economie et Prévision*, n°129-130
40. SAKHO Moustapha et al., 1996 . Etude des stratégies de mobilisation de ressources dans le secteur de la Santé : le cas du Sénégal .
41. 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
42. SHEPARD D.S et al., 1992. Les régimes d'assurance maladie au Zaïre. Département technique Afrique; Division Population, santé et nutrition - Banque Mondiale
43. SYLLA Momar Ballé et SARR. I. ;1998. Etude sur les schémas d'utilisation des services de santé et les dépenses de santé des ménages ; GROUPE SERDHA
44. T. AYE Marcelin ; 2000. Capital social, logique e solidarité et accès aux soins de santé de santé modernes en Afrique Subsahariennes. Thèse de Ph. D. Université de Montréal. Canada