

REACTUALISATION DES STATISTIQUES DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE A PARTIR DE L'ENQUETE SUR LES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE MALADIE (IPM)

EDITION 2015

RAPPORT FINAL

1

Ce rapport est le fruit d'une collaboration entre diverses structures de l'Etat du Sénégal ainsi que de la participation d'experts de l'Assurance maladie.

Il a bénéficié du financement de l'Etat du Sénégal dans le cadre du programme de la couverture maladie universelle (CMU) ainsi que de l'appui technique de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (**ANSD**) et de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (**ACMU**) du Ministère de la Santé et de l'Action sociale.

Toute information complémentaire sur les données de ce rapport peut être obtenue auprès de la Direction générale du Travail et de la Sécurité sociale (DGTSS), 22, Avenue Georges Pompidou, 4^{ème} étage, Dakar, Sénégal, Tél (221)33 823 9876.

Ce rapport peut être accessible sur le site du Ministère du Travail, du Dialogue social, des Organisations Professionnelles et des Relations avec les Institutions : www.travail.gouv.sn et sur le site de la Direction des statistiques du Travail et des Etudes : statdste2013@gmail.com

AVANT-PROPOS

Dans sa vision d'un Sénégal émergent en 2035 avec une société solidaire dans un État de droit, le Président de la République a voulu que le renforcement du capital humain et de la protection sociale soit un des axes majeurs du Plan Sénégal émergent (PSE).

C'est dans cette perspective que le gouvernement a entamé la mise en œuvre de projets et programmes visant à étendre la protection sociale à toutes les couches de la population.



L'un des projets phares mis en œuvre, dans le cadre de cette extension, porte sur la Couverture maladie universelle (CMU), un programme visant à garantir l'accès pour tous aux soins essentiels de qualité selon leurs besoins, indépendamment de leur niveau de revenu, de leur condition sociale ou de leur lieu d'habitation.

Ce projet, lancé le 20 septembre 2013, repose sur quatre piliers fondamentaux parmi lesquels, figure, en bonne place, la réforme de l'assurance maladie obligatoire gérée par le Ministère chargé du Travail et de la Sécurité sociale qui assure la tutelle des Institutions de prévoyance maladie (IPM).

Après trois années de mise en œuvre effective de ce projet, il est apparu nécessaire de faire une évaluation des différentes composantes de la CMU pour vérifier le niveau de pertinence des indicateurs clés du projet ainsi que le niveau de contribution de chacune d'elles. Au-delà de l'évaluation de ce programme, le Ministère chargé du Travail et de la Sécurité sociale a toujours exprimé le besoin de disposer de statistiques fiables dans le domaine de l'Assurance Maladie obligatoire pour assurer un meilleur suivi des IPM et évaluer leurs résultats.

Compte tenu de ces deux impératifs, le Ministère a mené une enquête nationale pour la réactualisation des statistiques de l'Assurance Maladie obligatoire.

Les résultats de cette enquête, publiés dans le présent rapport, devraient permettre, au Ministère de disposer d'un état des lieux dans le domaine de l'Assurance Maladie obligatoire à partir duquel peuvent être extraits des renseignements précieux sur le niveau actuel des principaux indicateurs de couverture maladie.

L'objectif du département est de partir des conclusions de cette évaluation, pour développer un système d'informations pérenne apte à produire des statistiques à temps réel sur ce secteur et, ce faisant, à mesurer sa contribution effective à la politique de Couverture Maladie universelle impulsée par son Excellence Monsieur Macky Sall, Président de la République.

Cette enquête, pilotée par le Ministère chargé du Travail et de la Sécurité sociale, en collaboration avec l'Agence de la Couverture Maladie universelle et l'Agence nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), a été réalisée dans une démarche participative et tripartite.

Convaincu de la portée et de l'impact des résultats de cette enquête sur notre système de protection sociale, j'exprime mes vifs remerciements et ma profonde gratitude à l'endroit de tous les départements ministériels, institutions, partenaires sociaux, et de tous ceux qui ont contribué à la réalisation et à l'élaboration de ce rapport qui participe à une meilleure connaissance de l'état de la couverture maladie obligatoire au Sénégal.

COMITE DE PILOTAGE ET COMITE TECHNIQUE

Comité de pilotage	
Président	<ul style="list-style-type: none"> • Abdoulaye GUEYE, Secrétaire général du Ministère chargé du Travail et de la Sécurité sociale
Vice Président	<ul style="list-style-type: none"> • Mamadou Racine SENGHOR, Secrétaire général de l'Agence de la Couverture maladie universelle
Membres :	<ul style="list-style-type: none"> • Agence nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Agence de la Couverture maladie universelle (ACMU) Commission de Supervision et de Régulation des Institutions de Sécurité sociale (COSRISS) Direction de la Protection sociale Direction des Statistiques du Travail et des Etudes Direction des Relations de Travail et des Organisations professionnelles Direction de l'Administration générale et de l'Equipeement au Ministère chargé du travail Association des Gérants d'IPM Sénégal (AGIS) Division des Institutions de prévoyance maladie
Comité technique	
Coordonateur technique	<ul style="list-style-type: none"> - Karim CISSE, Inspecteur du Travail et de la Sécurité sociale, Directeur général du Travail et de la Sécurité sociale
Responsables techniques	<ul style="list-style-type: none"> • M. Harouna Haby LY, Ingénieur des travaux statistiques, Directeur des Statistiques du Travail et des Etudes (DSTE)
	<ul style="list-style-type: none"> • Mme Na Fatoumata DRAME, Inspecteur du Travail et de la Sécurité sociale, Directrice de la Protection sociale
Equipe technique :	<ul style="list-style-type: none"> • - 2 responsables techniques - 2 assistants techniques - 2 responsables financiers - 7 superviseurs - 11 contrôleurs - 10 chefs d'équipe - 36 enquêteurs - 16 chauffeurs - 10 agents de saisie - 2 contrôleurs de saisie - 10 agents d'appui

Equipe de Rédaction

• MTDSOPRI/CABINET	• M. Abdoulaye GUEYE , Secrétaire général M. Aboubacar WADE , Inspecteur du Travail et de la Sécurité sociale, Conseiller technique
• DGTSS	• Oumar SARR , Inspecteur du Travail et de la Sécurité sociale
• DPS	• Mme Nna Fatoumata Dramé DIAKHATE , Inspecteur du travail et de la sécurité sociale, Directeur Mme Marie Rosalie NGOM COLY , Inspecteur du Travail et de la Sécurité sociale, Chef Division IPM Mamadou LO , Inspecteur du Travail et de la Sécurité sociale Seynabou MARONE , Contrôleur du Travail et de la Sécurité sociale
• DSTE	• M. Harouna Haby LY , Ingénieur des travaux statistiques M. Ousseynou KHAÏRIDINE , Technicien supérieur des statistiques, M. Daouda MANE , Ingénieur des travaux statistiques Mme Seynabou THIAM , Ingénieur des statistiques Mme, Fatimata MANGANE THIONGANE , Informaticien/Planificateur M. Arona Lamine MBAYE , Ingénieur Informaticien
• CMU	• Mamadou Racine SENHOR , Inspecteur du Travail et de la Sécurité sociale, SG
• COSRISS	• M. Alpha Ndiaye , Président
• ICAMO	• M. Cheikh Ousmane DIOP , PCA
• AGIS	• M. Cheikh Ibra FALL , Président
• ANSD	• M. Abdoulaye M. TALL , Démographe
Appui technique	• M. Amadou Hassane SYLLA , Statisticien-Démographe M. Abdoulaye Mamadou TALL , Démographe ANSD
Traitement et Analyse de données de suivi	
	• M. Harouna Haby LY , Ingénieur des travaux statistiques, Directeur
	• M. Abdoulaye Mamadou TALL , Démographe ANSD
	• M. Arona Lamine MBAYE , Ingénieur Informaticien
	• M. Ousseynou KHAÏRIDINE , Technicien supérieur des statistiques
	• M. Daouda MANE , Ingénieur des travaux statistiques
	• Mme Seynabou THIAM , Ingénieur des statistiques
	• Mme, Fatimata MANGANE , Informaticien/Planificateur

RESUME EXECUTIF

L'Enquête nationale sur les Institutions de Prévoyance Maladie a permis de renseigner les principaux indicateurs liés à leur situation réelle en termes d'identification, de population couverte, de paramètres techniques appliqués, de gouvernance et de résultats financiers.

Ainsi, les informations suivantes ont été notées :

- ❖ 117 IPM, polarisant 1766 entreprises, dénombrées au cours de l'enquête (octobre 2015) contre 114 en fin décembre 2014, 97 en 2013 et 86 pour l'année 2012 ;
- ❖ 302 915 personnes couvertes en 2014 contre 281302 en 2013 et 282123 en 2012 soit une taille moyenne par famille de 3 personnes. Cette population couverte est répartie ainsi qu'il suit :
 - 107 568 participants (92 022 hommes / 15 546 femmes) en 2014 contre 97 026 (83 808 hommes / 13 218 femmes) en 2013 et 96 255 (83 509 hommes / 12 746 femmes) en 2012, par rapport au nombre de 304 871 travailleurs dénombrés par l'enquête DASMO 2011 actualisé en 2014 ;
 - 52 283 conjoints (6755 époux / 45527 épouses) en 2014 contre 44 226(5714 époux / 38 512 épouses) en 2013 et 43 189(5580 époux / 37609 épouses) en 2012 ;
 - 52 377 enfants de moins de 5 ans (26 827garçons / 25 550 filles) en 2014 contre 60 039 (30 751garçons / 29 288 filles) en 2013 et 57 329 (29 363 garçons / 27 966 filles) en 2012 ;
 - 90 687 enfants de 5 à 21 ans (46 449 garçons / 44 238 filles) en 2014 contre 80 011(40 981 garçons / 39 030 filles) en 2013 et 85 350 (43 716 garçons / 41 634 filles) en 2012;
 - Le nombre total d'enfants donne pour 2014, 143064 soit une moyenne de 1,3 enfants par salarié.
- ❖ 16 128 755 870 francs CFA encaissés en 2014 contre 14 629 121 498 francs CFA en 2013 et 13 871 125 137 francs CFA en 2012., Sur ces montants, la part des cotisations représente :
 - 10 217 564 649 francs CFA en 2014 soit 63,34% en valeur relative ;
 - 8 838 423 871 francs CFA en 2013, soit 60,41%;
 - 8 795 663 614 francs CFA en 2012 soit 63,40%.

❖ 13 244 227 907 francs CFA de dépenses effectuées en 2014 , contre 12 148 434 955 francs CFA en 2013 et 11 993 215 151 francs CFA en 2012. Dans ce poste de dépenses totales, celles au titre des soins médicaux sont de:

- 11 467 336 006 francs CFA en 2014 soit 86,59% ;
- 10 770 687 934 francs CFA en 2013 soit 88,65% ;
- 10 549 804 394 francs CFA en 2012 soit 87,96% ;

Concernant ces dépenses de santé, on note une prédominance des frais pharmaceutiques qui représentent en moyenne 48% des frais médicaux engagés, suivis de loin par les frais d'hospitalisation 10%, les analyses médicales 8,5% et les frais dentaires 6,1% ;

Les IPM dégagent d'une part un ratio de délai de paiement fournisseur de 85,55 jours soit presque 30 jours de plus sur le délai de crédit conventionnel de 60 jours ; d'autre part, elles enregistrent un ratio de délai de crédit participant de 184.30 jours signifiant que les quotes-parts des participants sont étalées sur 6 mois et 14 jours. Il ressort un écart criard entre le délai de paiement fournisseur et le délai de remboursement des frais médicaux par les participants qui peut entraîner des tensions de trésorerie.

❖ 2 817 251 286 francs CFA de sommes dues par les IPM en 2014 contre
❖ 2 634 377 250 francs CFA en 2013 et 2 988 156 191 francs CFA en 2012.

❖ Le taux de couverture de l'assurance maladie est estimé en moyenne à 35% de la population des travailleurs recensés par l'enquête DASMO.

❖ Le taux moyen de prise en charge des IPM s'améliore d'année en année passant de 44% en 2012 à 45% en 2013 et à 50% en 2014.

❖ Les IPM s'engagent timidement dans la mise en conformité de leurs statuts et règlements intérieurs et l'adaptation de leurs paramètres techniques, depuis l'actualisation du cadre juridique de l'assurance maladie obligatoire.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACMU	Agence de la Couverture Maladie universelle
AGIS	Association des Gérants d'IPM du Sénégal
ANSD	Agence nationale de la Statistique et de la Démographie
ARV	Anti rétro viraux
CIPRES	Conférence interafricaine de la Prévoyance sociale
CIT	Conférence internationale du Travail
CMU	Couverture Maladie universelle
COSRISS	Commission de Supervision et de Régulation des Institutions de Sécurité sociale
CSS	Caisse de Sécurité sociale
DASMO	Déclaration annuelle de la Situation de la Main d'Oeuvre
DGTSS	Direction générale du Travail et de la Sécurité sociale
DPS	Direction de la Protection sociale
DRTOP	Direction des Relations de Travail et des Organisations professionnelles
DSTE	Direction des Statistiques du Travail et des Etudes
ENIPM	Enquête nationale sur les Institutions de Prévoyance Maladie
EPS	Etablissement public de Santé
ICAMO	Institution de Coordination de l'Assurance Maladie obligatoire
IPM	Institution de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
OIT	Organisation internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations unies
PCA	Président du Conseil d'Administration
RAMO	Réforme de l'Assurance Maladie obligatoire
RGPHAE	Recensement général de la population, de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage
RLG	Ratio de Liquidité générale
SIAMO	Système d'Information de l'Assurance Maladie obligatoire
TGFG	Taux global de Fécondité générale
UEMOA	Union économique et monétaire Ouest africain

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	3
COMITE DE PILOTAGE ET COMITE TECHNIQUE	5
RESUME EXECUTIF	7
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	9
Sommaire.....	10
Liste des graphiques :.....	14
Liste des annexes	16
CHAPITRE I. INTRODUCTION GENERALE	19
1.1. CONTEXTE GENERAL DU PAYS	19
1.1.1.Présentation du pays	19
1.1.2.Bilan sociodémographique	20
1.1.3.Bilan socio sanitaire	21
1.1.4.Structure économique.....	22
1.2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ENQUETE	23
1.2.1.Contexte mondial de la couverture maladie des populations.....	23
1.2.2.Situation de la couverture du risque maladie au senegal	24
1.2.2.1.Les régimes obligatoires.....	24
1.2.2.2.Les régimes volontaires	25
1.2.2.3.Le régime d'assistance médicale.....	26
1.2.3. Présentation du régime de couverture maladie des travailleurs salariés au Sénégal	26
1.2.3.1.Le cadre juridique et les paramètres techniques des IPM.....	27
1.2.3.2.Les prestations prises en charge par les IPM	27
1.2.3.3.Les ressources et les dépenses des IPM.....	28
1.2.4.Justification de l'enquête	28
1.3. OBJECTIFS DE L'ENQUETE	30
1.3.1.Objectif général	30
1.3.2.Objectifs spécifiques.....	30
1.3.3.Resultats attendus	30
CHAPITRE II. DEFINITION DES CONCEPTS	31
2.1. La Sécurité sociale	31
2.2. L'assurance sociale	31
2.3. L'assurance maladie sociale	32
2.4. L'assistance sociale	32

2.5.	La Protection sociale.....	33
2.6.	La Couverture Maladie universelle.....	33
2.7.	L'offre de soins.....	33
2.8.	La demande de soins	34
2.9.	Institution de Prévoyance sociale	34
2.10.	IPM d'entreprise.....	34
2.11.	IPM interentreprises	34
2.12.	Adhérents	34
2.13.	Participants	34
2.14.	Ayants droit	34
2.15.	Prestataire de soins.....	35
2.16.	Paramètres techniques	35
2.17.	Quote-part IPM et Quote-part Participant	35
2.18.	Évasion sociale	35
2.19.	Tiers payant.....	35

CHAPITRE III. METHODOLOGIE ET ORGANISATION DU RAPPORT36

3.1.	Portée et couverture de l'enquête.....	36
3.2.	Echantillon.....	36
3.3.	Structure des instruments de collecte	37
3.3.1.	Le questionnaire	37
3.3.1.1.	<i>Encaissements.....</i>	38
3.3.1.2.	<i>Décaissements.....</i>	38
3.3.1.3.	<i>Charges de fonctionnement et dépenses de soins</i>	39
3.3.1.4.	<i>Investissements</i>	39
3.3.1.5.	<i>Taux de cotisation et plafond appliqués</i>	39
3.3.1.6.	<i>Endettement des ipm vis-à-vis des tiers.....</i>	39
3.3.1.7.	<i>Créances dues aux ipm par des tiers.....</i>	39
3.4.	La planification de l'ENIPM.....	40
3.5.	Le travail de terrain.....	42
3.6.	Exploitation des données.....	43
3.7.	Organisation du rapport.....	43

CHAPITRE IV. ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE.....44

SECTION 4.1 : CARACTERISTIQUES DES IPM ENQUETEES	44	
4.1.1.	Evolution du nombre d'IPM de 2012 à 2015.....	44
4.1.2.	Nature des IPM enquêtées.....	45
4.1.3.	Nombre d'entreprises adhérentes selon le type d'IPM	46
4.1.4.	Localisation des IPM par région en 2014.....	46

4.1.5. Niveau de couverture des régions en IPM selon les entreprises adhérentes	47
4.1.6. Ecart de couverture des entreprises existantes par les IPM.....	49
4.1.7. Analyse du niveau de couverture des travailleurs par les IPM.....	51
4.1.8. Ancienneté des IPM	55

SECTION 4.2 : BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS SERVIES PAR LES IPM 59

SECTION 4.3 : SITUATION FINANCIERE ET GESTION TECHNIQUE50

4.3.1. Encaissements	62
4.3.1.1 Nature des encaissements effectués par les IPM et évolution récente	62
4.3.1.2 Analyse différentielle des encaissements selon le type d'IPM.....	63
4.3.1.3. Volume des encaissements selon la région de localisation et évolution récente	65
4.3.2. Situation des décaissements au niveau des ipm	67
4.3.2.1 Nature et évolution récente des décaissements effectués par les IPM.....	68
4.3.2.2 Nature et évolution des décaissements opérés selon le type d'IPM.....	69
4.3.2.3 Situation financière des IPM	72
4.3.1. Frais médicaux engagés par acte (quote-part ipm ou charges techniques)	74
4.3.1.1 Situation d'ensemble	74
4.3.1.2 Structure des engagements et des niveaux des quotes-parts par acte.....	76
4.3.1.3 Taux de prise en charge appliqués par les IPM par spécialité	79
4.3.2 Investissements.....	82
4.3.2.1 Situation d'ensemble	82
4.3.2.2. Niveau d'investissements par type d'IPM.....	83
4.3.3. Taux de cotisation et de plafond appliqués	85
4.3.3.1. Les taux de cotisations appliqués par les IPM.....	85
4.3.3.2. Les plafonds de cotisation appliqués par les IPM	87
4.3.4. Endettement des ipm vis-à-vis des tiers	89
4.3.5. Créances dues aux ipm par des tiers.....	92
4.3.6. Ratios de gestion et analyse financière.....	93

SECTION 4.4 : FONCTIONNEMENT DES IPM96

4.4.1. La gouvernance des ipm.....	96
4.4.1.1 Périodicité des réunions des organes statutaires	96
4.4.1.2. Ordonnancement des dépenses.....	98

4.4.1.3. <i>Gestion du risque contentieux dans les IPM</i>	99
4.4.2. La gestion informatisée des ipm	101
4.4.2.1. <i>Les IPM informatisées</i>	102
4.4.2.2. <i>Les IPM utilisant un réseau local</i>	102
4.4.3. Les IPM disposant d'une connexion internet.....	103
4.4.4. Difficultés majeures de fonctionnement des IPM.....	105
Annexe n°1 liste du personnel mobilisé pour l'enquête	112
Annexe n°2 : le questionnaire de l'enquête et son guide de remplissage.....	116
Annexe n°3 : liste des IPM enquêtées	138

Liste des tableaux et graphiques

Liste des tableaux :

Tableau n°3.2.01: Bilan entre IPM existant et questionnaires reçus

Tableau n°4.1.01: répartition des IPM enquêtées selon la nature

Tableau n°4.1.02 : répartition du nombre d'entreprises adhérentes selon le type d'IPM

Tableau n°4.1.03 : répartition des IPM selon la nature et par région

Tableau n°4.1.04 : répartition des entreprises adhérentes aux IPM selon la nature et par région

Tableau n°4.1.05 : nombre d'entreprises couvertes par les IPM par rapport aux entreprises recensées par l'enquête DASMO

Tableau n°4.1.06 : nombre de travailleurs couverts par les IPM par rapport aux travailleurs recensés par l'enquête DASMO

Tableau n°4.1.07 : répartition du nombre d'IPM selon l'ancienneté par rapport à la date de l'enquête

Tableau n°4.1.08 : répartition des entreprises adhérentes selon la nature et l'ancienneté des IPM

Tableau n°4.2.01 : Evolution du nombre de bénéficiaires selon la catégorie

Tableau n°4.2.02: Répartition des bénéficiaires en 2014 selon l'objet et par type d'IPM

Tableau n°4.3.01 : Répartition des sommes encaissées selon l'objet et par année

Tableau n°4.3.02: Evolution des sommes encaissées de 2012 à 2014 selon l'objet et par type d'IPM(en milliers FCFA)

Tableau n°4.3.04 : Evolution des sommes encaissées par les IPM selon la région de localisation de 2012 à 2014....

Tableau n°4.3.03 : Répartition et évolution des sommes décaissées selon l'objet et par année

Tableau n°4.3.06 : Répartition des sommes décaissées de 2012 à 2014 selon l'objet et par type d'IPM

Tableau n°4.3.07: Evolution de la situation financière nette des IPM selon le type de 2012 à 2014

Tableau n°4.3.08a: Répartition des sommes engagées par les IPM selon la spécialité et par an suivant les frais réels et les quotes-parts

Tableau n°4.3.08bis: Structure des engagements médicaux (frais réels) selon quelques spécialités et évolution sur la période 2012-2014

Tableau n°4.3.09: Répartition des IPM selon le taux de prise en charge appliqué et par nature de la spécialité en 2014

Tableau n°4.3.10: Répartition des montants immobilisés selon leur nature et par année

Tableau n°4.3.11: Répartition des montants immobilisés en 2014 selon leur nature et par type d'IPM

Tableau n°4.3.12: Répartition des IPM selon le taux des cotisations appliqué aux adhérents (entreprises)

Tableau n°4.3.12b : Répartition des IPM selon le taux des cotisations appliqué aux participants par année

Tableau n° 4.3.13a: Répartition des IPM selon le plafond des cotisations appliqué aux adhérents (entreprises) par année

Tableau n°4.3.13b : Répartition des IPM selon le plafond des cotisations appliqué aux participants (salariés) par année

Tableau n°4.3.14: Répartition des sommes dues par les IPM en fin de gestion selon la catégorie de prestataires et par année

Tableau n°4.3.14 bis: Evolution de l'endettement des IPM vis-à-vis des prestataires

Tableau n°3.15: Répartition des sommes annuellement dues aux IPM en fin de gestion par catégorie de créanciers

Tableau n°3.16: Evolution du bilan de gestion des IPM sur la période 2012-2014 et tendance pour 2015

Tableau n°4.01 : Informations sur l'état des IPM informatisées selon le type

Tableau n°4.02: Informations sur l'état des IPM utilisant un réseau selon le type

Tableau n°4.03: Informations sur l'état des IPM disposant d'une connexion internet

Liste des graphiques :

Graphique 1.01. : Carte administrative du Sénégal

Graphique 4.1.01 : Nombre d'IPM existantes au cours des 4 dernières années

Graphique 4.1.02. Ratio de couverture des IPM par région selon le statut de l'IPM

Graphique 4.1.03 : Structure des IPM selon l'ancienneté par type

Graphique 1.04 : Niveau d'absorption des entreprises par les IPM en fonction de leur ancienneté

Graphique 4.2.01 : Répartition des bénéficiaires par catégorie en 2013 et 2014

Graphique 4.3.01: Structure des ressources mobilisées en 2014 par nature d'encaissement selon le type d'IPM (en %)

Graphique 4.3.02: Evolution des décaissements réalisés par les IPM selon la région de localisation de l'IPM

Graphique 4.3.03: Evolution du montant des décaissements effectués selon le type d'IPM (en millions de FCFA)

Graphique 4.3.04: Evolution de la situation financière des IPM entre 2012 et 2014 (taux d'accroissement en %)

Graphique 4.3.05: Evolution des frais médicaux réels engagés par les IPM

Graphique 4.3.05: Evolution des niveaux de quote-part dérogée par les IPM pour la prise en charge des prestations selon les spécialités

Graphique 4.3.06a: Taux de prise en charge de prestations appliqués par les IPM en 2014

Graphique 4.3.06bis : Taux de prise en charge appliqués en 2014 selon la spécialité

Graphique 4.3.07: Evolution de la part des dotations allouées aux investissements selon la nature

Graphique 4.3.08a: IPM d'entreprises : Structure des dotations en investissements réalisées

Graphique 4.3.08b: IPM Interentreprises : Structure des dotations en investissements réalisées

Graphique 4.3.09: Evolution de la structure de l'endettement des IPM vis-à-vis des prestataires (part d'endettement en %)

Graphique 3.10: Evolution de la part des créances dues aux IPM par type de créancier

Graphique 3.10: Evolution du bilan de la gestion comptable des IPM entre 2012 et 2014 et tendance (en milliers FCFA)

Graphique 4.01: *Le diagramme de fréquence cumulée des réunions du conseil d'administration et du collège des représentants*

Graphique 4.02: *Les diagrammes de fréquence des réunions des organes statutaires :*

Graphique 4.03: *Les diagrammes sur l'ordonnancement des dépenses*

Graphique 4.04: *Le diagramme sur la gestion du risque contentieux dans les IPM*

Graphique 4.05: *Le diagramme illustratif des IPM informatisées*

Graphique 4.06: *Le diagramme illustratif des IPM en mode réseau*

Graphique 4.07: *Le diagramme illustratif la répartition des IPM ayant accès à l'internet*

Graphique 4.08: *Le diagramme synthétique sur l'utilisation des TIC dans les IPM*

Graphique 4.09: *Les diagrammes sur l'identification des difficultés majeures des IPM :*

Liste des annexes

Annexe n°1 *Liste du personnel mobilisé pour l'enquête*

Annexe n°2 *: Le questionnaire de l'enquête*

Annexe n°3 *: Le guide de remplissage du questionnaire*

Annexe n°4 *: La liste des IPM enquêtées*

CHAPITRE I. INTRODUCTION GENERALE

1.1. CONTEXTE GENERAL DU PAYS

1.1.1 Présentation du pays

D'une superficie de 196 722 kilomètres carrés, le Sénégal est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'Ouest par l'Océan Atlantique sur une façade de 500 km. Dakar (550 km²), sa capitale, est une presqu'île située à l'extrême Ouest.

Graphique 1.01. : Carte administrative du Sénégal



Selon les projections, la population en 2015¹ est estimée à 14 356 575 habitants dont 7 153 656 hommes et 7 202 919 de femmes.

La densité de cette population au niveau de l'ensemble du pays est de 73 habitants au kilomètre carré et est inégalement répartie dans l'espace. Elle est concentrée à l'Ouest du pays et au Centre, tandis que l'Est et le Nord sont faiblement peuplés. La région de Dakar se démarque de loin des autres avec une densité de 6 034 habitants au km². Sa population est de 3 330 692 habitants en 2015, soit près du quart de la population totale (23,2%) sur une superficie représentant seulement 0,3% du territoire national. La région de Tambacounda, qui représente la région la plus vaste du pays (21,5% de la superficie du pays), ne compte que 5,1% de la population du Sénégal, avec une densité de 16 habitants au km².

¹ ANSD/EDS-C 2014

Le Sénégal compte quatorze régions dont les chefs-lieux sont les principales villes. Il s'agit de : Dakar, Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kédougou, Kaolack, Kolda, Louga, Matam, Saint Louis, Sédhiou, Tambacounda, Thiès, Ziguinchor.

La République du Sénégal est laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi, de tous les citoyens, sans distinction d'origine, de race, de sexe, de religion. Sa population est majoritairement musulmane mais on y trouve aussi des chrétiens et des animistes.

1.1.2 Bilan sociodémographique

Selon le rapport de l'ANSD sur la « situation économique et sociale du Sénégal en 2015² » publié en février 2016, la population du Sénégal estimée à 14 356 575 habitants en 2015 s'établissait à 9 858 482 habitants en 2002, soit un taux d'accroissement annuel moyen intercensitaire de 2,7% entre 2002-2013.

L'évolution de la structure de cette population par groupes d'âges quinquennaux obtenus à partir des recensements de 2002 et de 2013, révèle que celle-ci a été quasiment identique au cours du temps.

Au Sénégal, la moyenne d'âge de la population générale est de 22,7 ans. Elle est plus élevée chez les femmes (23,2 ans) que chez les hommes (22,3 ans). On observe toutefois que la population urbaine est légèrement plus âgée (24 ans) que celle du milieu rural qui a un âge moyen de 21 ans. Par ailleurs, la moitié de la population du pays a moins de 18 ans.

Une analyse de la structure de la population par grands groupes d'âges est nécessaire en vue de déterminer les rapports de dépendance démographique. Le ratio de dépendance démographique désigne le rapport du nombre d'individus supposés « dépendre » des autres pour leur vie quotidienne (moins de 15 ans et 65 ans et plus) au nombre d'individus âgés de 15 à 64 ans.

A cet effet, les enfants âgés de moins de 15 ans constituent 42,1% de la population globale. Par ailleurs, 3,5% de la population est âgée de 65 ans et plus. C'est dire que le coefficient de dépendance démographique est élevé. Ce ratio correspond à 83,7 personnes inactives (moins de 15 ans et 65 ans et plus) pour 100 personnes potentiellement actives (15 à 64 ans)³.

² http://www.ansd.sn/index.php?option=com_sess&view=ess&Itemid=418

³ Sources : ANSD. RGPHAE 2013

1.1.3 Bilan socio sanitaire

Le bilan socio sanitaire fait référence aux informations relatives à la fécondité, à la mortalité générale, maternelle et infantile et à la structure du système sanitaire.

La **fécondité** des femmes sénégalaises demeure encore élevée. Une femme donne naissance, en moyenne en fin de vie féconde, à 4,9 enfants. Le taux global de fécondité générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer, est de 161‰. Il est plus important en milieu rural (201‰) qu'en milieu urbain (116‰) et ceci, à tous les âges⁴. Parmi les critères utilisés pour cerner le niveau de développement humain d'un pays, la **mortalité** occupe une place importante. La baisse rapide de la mortalité en général et celle des enfants de moins de cinq ans en particulier demeure un objectif prioritaire de santé publique commun à tous les gouvernements des pays en développement. Concernant la **mortalité générale**, le taux brut de mortalité est estimé à 7,7‰ au Sénégal en 2013. Il révèle ainsi que sur 1000 individus, en moyenne 8 décèdent annuellement. Ce taux est de 8,9‰ en milieu rural contre 6,3‰ en milieu urbain. L'analyse des variations régionales des taux brut de mortalité met en évidence des écarts importants. En effet, les taux les plus faibles se retrouvent dans les régions Ouest (Dakar et Thiès, respectivement 5,2‰ et 6,6‰) caractérisées par une population fortement urbanisée et un développement important des infrastructures. A l'opposé, on retrouve les niveaux de mortalité les plus élevés dans les régions Sud. Il s'agit des régions de Kédougou, Kolda, Sédhiou et Tambacounda, avec des niveaux de mortalité variant entre 10‰ et 12‰. Le faible niveau de développement économique de ces régions, l'indisponibilité d'un plateau technique élevé au niveau des infrastructures sanitaires pourraient expliquer ces niveaux de mortalité élevée. La santé des **enfants** de moins de 5 ans constitue également une préoccupation majeure de la politique de santé, malgré la tendance à la baisse notée ces dernières années. Cette préoccupation est prise en charge par le 4^{ème} objectif des OMD. Selon les résultats de l'EDS-Continue 2015, dans l'ensemble, le risque pour un enfant de décéder avant le premier anniversaire est de 39‰.

La **mortalité maternelle**, quant à elle, est un indicateur particulièrement révélateur de la condition féminine, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. Il est donc important de pouvoir disposer d'informations sur les niveaux de la mortalité maternelle, non seulement parce qu'elles informent sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais

⁴ ANSD, EDS-Continue, 2015

aussi parce qu'elles renseignent sur la santé des femmes, et indirectement, sur leur situation économique et sociale. Au Sénégal, le rapport de mortalité maternelle est de 434 décès pour 100 000 naissances vivantes selon le RGPHAE de 2013. Selon le milieu de résidence, le niveau d'exposition des mères est plus élevé en milieu rural (459 décès pour 100 000 naissances vivantes) qu'en milieu urbain (397 décès pour 100 000 naissances vivantes). Par ailleurs, le risque de décès est nettement plus élevé durant la grossesse avec 65% des cas au niveau national contre 19% et 16% pendant les 42 jours suivant la fin d'une grossesse et durant l'accouchement, respectivement.

S'agissant du **système sanitaire**, l'architecture pyramidale du système sénégalais se reflète dans l'offre de soins. En effet, la référence que constitue l'Etablissement Public de Santé (EPS) est au sommet de la pyramide, au niveau intermédiaire, il y a le centre de santé et au niveau périphérique, on retrouve les postes de santé. L'offre du secteur privé, la médecine traditionnelle ainsi que les cases de santé (niveau communautaire) complètent ce dispositif. Globalement, en termes d'infrastructures fonctionnelles, le Sénégal compte 34 EPS, tous niveaux confondus⁵ qui constituent les structures de référence, 98 Centres de Santé et 1317 Postes de Santé.

1.1.4 Structure économique

Au Sénégal, la population en âge de travailler est constituée d'individus des deux sexes ayant atteint l'âge légal pour participer aux activités de production des biens et services au sens comptable. Celle-ci est estimée en 2013 à 7 728 868 individus, représentant ainsi plus de la moitié (58,2%) de la population résidente au Sénégal. Cette proportion est plus élevée dans les régions de Dakar, Ziguinchor et Thiès où elle est respectivement 68,8%, 59,5% et 57,9%⁶.

Cette population en âge de travailler est majoritairement jeune⁷ et à moitié inactive. En effet, l'analyse de cette population montre qu'elle est composée de 49,6% d'inactifs, 37,4% d'occupés et 13% de chômeurs. Les inactifs en âge de travailler évalués à 3 638 707 sont en grande partie des femmes occupées au foyer et des élèves ou étudiants qui en représentent respectivement 43,7% et 30,4%⁸.

Ces constats révèlent que cette population inactive est par conséquent exposée à une absence de couverture maladie par les régimes obligatoires (basés sur le salariat) et à d'éventuelles difficultés financières pour l'adhésion aux régimes volontaires et, au cas échéant, à la prise en charge des paiements directs en cas de maladie.

⁵ Il y a les EPS de niveau 1, 2 et 3

⁶ Situation Economique et Sociale du Sénégal Ed. 2013 | EMPLOI

⁷ Les jeunes âgés de 15 à 34 ans représentent 32% de la population résidente au Sénégal et 58,7% de la population résidente en âge de travailler

⁸ Situation Economique et Sociale du Sénégal Ed. 2013 | EMPLOI

Sur le plan de l'activité économique, il faut noter que la croissance économique du Sénégal s'est établie à 4,3% en 2014, après 3,5% en 2013. Cette situation est essentiellement imputable au redressement de la croissance du secteur primaire qui a atteint 2,7% contre 0,5% l'année précédente, et à la consolidation de celle du secteur secondaire qui s'est établie à 5,2%, après 5,1% en 2013. En revanche, elle est limitée par le ralentissement du secteur tertiaire qui a perdu 0,5 point de croissance pour ressortir à 4,1%, sous l'effet de la perte de vigueur des services de Poste et Télécommunications et de l'impact de l'épidémie à virus Ebola sur les activités d'hébergement, de restauration et de transport aérien⁹.

A ce niveau, il est important de préciser que les secteurs porteurs précités (primaire et secondaire) comportent beaucoup d'unités évoluant dans le secteur informel (l'agriculture, l'élevage, la pêche, l'artisanat...), dont la majorité des travailleurs sont sans protection sociale en général et sans couverture maladie en particulier.

1.2 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ENQUETE

1.2.1 Contexte mondial de la couverture maladie des populations

Le contexte mondial de la couverture maladie des populations peut être décrit à travers les données de l'organisation mondiale de la Santé¹⁰. En effet, au niveau mondial :

400 millions de personnes n'ont pas accès à l'un ou plusieurs des services de santé essentiels ;

chaque année, 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté pour des raisons liées au paiement direct des services de santé et environ 150 millions sont exposés à des difficultés financières pour la même raison ;

32% des dépenses de santé sont payées par les personnes ;

sur 56 millions de décès annuels, les deux tiers (soit 38 millions) ne sont toujours pas enregistrés.

Ce constat alarmant a sans doute justifié l'engagement pris, en 2005, par tous les États Membres de l'OMS, à parvenir à la couverture sanitaire universelle¹¹.

Dans la même perspective, l'OIT, lors de la 101^{ème} session (2012) de la Conférence internationale du Travail (CIT), a adopté la Recommandation n°202 sur les socles de protection sociale qui appelle à fournir aux populations l'accès à des prestations et à des soins essentiels en matière de santé ainsi qu'à une sécurité

⁹ http://www.ansd.sn/index.php?option=com_ansd&view=titrepublication&id=2

¹⁰ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/fr/>

¹¹ Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde (2013),

élémentaire de revenus. Parmi les garanties offertes à travers ce socle, on retrouve au premier plan l'accès universel à des services de soins de santé essentiels.

Au cours de la même année, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une Résolution sur la couverture sanitaire universelle, appelant chaque Etat membre de l'ONU à éviter de recourir au paiement direct des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires.

En 2015, les Nations unies ont adopté les 17 objectifs du développement durable (ODD) à l'horizon 2030, parmi lesquels figure l'objectif visant à assurer une vie saine et à promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges¹².

Ces différents engagements et initiatives, au niveau mondial, montrent que la nécessité d'assurer une couverture maladie adéquate à tout individu a été bien comprise par les Etats et se trouve au cœur de leurs politiques publiques.

1.2.2 Situation de la couverture du risque maladie au senegal

L'architecture du système sénégalais d'assurance maladie est composée de trois grands régimes que sont : les régimes obligatoires, les régimes volontaires et le régime d'assistance médicale.

1.2.2.1 Les régimes obligatoires

Les régimes obligatoires d'assurance maladie sont gérés par :

- l'Etat à travers les imputations budgétaires pour ce qui concerne les fonctionnaires et les agents non fonctionnaires de l'Etat;
- les Institutions de Prévoyance Maladie pour les travailleurs salariés du secteur privé formel ;
- la Caisse de Sécurité sociale (CSS) pour les travailleurs victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

Le régime obligatoire des agents de la fonction publique ainsi que leurs ayants droit est régi par le décret N°72-215 du 7 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires et le décret n° 74-347 du 12 avril 1974 portant régime spécial applicable aux agents non fonctionnaires de l'Etat. Ce système est financé par le budget de l'Etat (**imputation budgétaire**) qui permet une prise en charge partielle (80%) des soins médicaux ; les médicaments étant à la charge du malade. 127 130

¹² « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien être à tous les âges »

agents, dont 97 369 hommes et 29 761 femmes, sont couverts à travers ce système. Au même titre que le fonctionnaire en activité, le fonctionnaire retraité continue de bénéficier des prestations médico-sanitaires dans les mêmes conditions (80%), auprès des différentes infrastructures hospitalières de l'Etat.

La couverture maladie des **travailleurs salariés** du secteur privé formel ainsi que leurs ayants droit, est assurée par les **Institutions de Prévoyance Maladie (IPM)** régies par le décret n°2012-832 du 07 août 2012 portant organisation et fonctionnement de ces institutions. Ces IPM qui couvrent la maladie non professionnelle du travailleur et de ses ayants droit, assurent une prise en charge partielle des frais médicaux et pharmaceutiques engagés par les bénéficiaires sur la base d'une cotisation mensuelle paritaire du travailleur et de l'employeur.

Pour ce qui concerne les **accidents du travail et la maladie professionnelle**, la **Caisse de Sécurité sociale** assure, entre autres, la prise en charge complète des consultations, médicaments, analyses, hospitalisations et interventions chirurgicales des victimes. En outre, dans le cadre de son action sanitaire et sociale, la Caisse de Sécurité sociale prend en charge leurs familles.

Concernant l'action sanitaire et sociale de l'IPRES, les **allocataires et leurs ayants droit** bénéficient d'une prise en charge médicale de 80%, pour les frais d'hospitalisation et d'une prise en charge gratuite de leurs soins externes au niveau de ses propres formations sanitaires (le Centre Médicosocial, les infirmeries régionales et les centres de gériatrie).

1.2.2.2 Les régimes volontaires

Au Sénégal, l'assurance maladie volontaire est assurée par les mutuelles de santé et les assurances privées.

Pour ce qui concerne le régime mutualiste, nous pouvons distinguer les mutuelles de santé au premier franc qui peuvent être communautaires ou professionnelles et les mutuelles de santé complémentaires. Leur cadre juridique est régi par le règlement n° 07-009 CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA, par la loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 et son décret d'application n° 2009-423 du 27 avril 2009 relatifs aux mutuelles de santé au Sénégal.

Les **mutuelles de santé communautaires** ont essentiellement pour cibles les acteurs du secteur informel et du monde rural qui ne sont pas éligibles ou qui ne sont pas couverts de fait par les régimes obligatoires. Dans le cadre de la Couverture maladie universelle, ces mutuelles regroupées en unions départementales, régionales et en une fédération nationale occupent une place importante.

A côté de ces mutuelles communautaires, on note la présence de **mutuelles professionnelles** au premier franc qui assurent la couverture maladie des travailleurs de certains secteurs plus ou moins structurés. C'est l'exemple de la mutuelle TRANSVIE qui regroupe les travailleurs du transport routier.

S'agissant des **mutuelles complémentaires**, elles sont souvent mises en place par les fonctionnaires en vue de prendre en charge les prestations de soins non offertes par l'imputation budgétaire. Nous pouvons citer la mutuelle des agents de l'Etat, la mutuelle des Forces armées etc.

En plus de ces mutuelles de santé, les **sociétés d'assurance privée** jouent un rôle important dans le cadre de la couverture maladie volontaire et commencent à s'adapter aux capacités financières de leur cible avec les pools de micro assurance santé.

1.2.2.3 Le régime d'assistance médicale

L'assistance médicale concerne les initiatives de gratuité et mécanismes d'exemption mises en œuvre par l'Etat au profit des indigents et groupes vulnérables. Les **politiques de gratuité** concernent notamment les accouchements par césarienne, l'accès aux soins de santé pour certains groupes spécifiques, l'accès aux antirétroviraux (ARV) et aux médicaments antituberculeux etc.

Ces politiques ciblent les groupes vulnérables que sont les femmes (accouchements par césarienne), les personnes âgées de 60 ans et plus (Plan SESAME), les enfants de 0 à 5ans (gratuité des soins).

Les mécanismes de **subvention** quant à eux portent sur certains traitements coûteux comme le diabète, le cancer, la dialyse, l'hémodialyse etc.

Le Fonds de Garantie automobile assure la prise en charge médicale des victimes d'accident de la circulation dont l'auteur n'est pas assuré ou est inconnu.

1.2.3 Présentation du régime de couverture maladie des travailleurs salariés au Sénégal

Comme rappelé plus haut, la couverture maladie des travailleurs salariés du secteur privé formel ainsi que leurs ayants droit, est assurée par les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM).

Elles couvrent les travailleurs permanents au service de l'entreprise et les membres de leur famille : conjoints et enfants à charge au sens du régime des prestations familiales. En outre, depuis l'entrée en vigueur du décret n°2006-1331 du 23 novembre 2006, une extension est opérée avec la reconnaissance à la femme travailleuse du droit de prendre en charge son mari.

1.2.3.1 Le cadre juridique et les paramètres techniques des IPM

Les IPM sont régies par un certain nombre de textes notamment :

- la loi n°75-50 du 3 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance sociale ;
- la loi n°97-17 du 1^{er} décembre 1997 portant Code du Travail ;
- le décret n°2006-1310 du 23 novembre 2006 abrogeant et remplaçant les articles 1^{er} et 8 du décret n°75-895 du 14 août 1975 portant organisation des Institutions de Prévoyance Maladie d'entreprise ou interentreprises et rendant obligatoire la création desdites Institutions ;
- le décret n°2012-832 du 07 août 2012 portant organisation et fonctionnement des Institutions de Prévoyance Maladie d'entreprise ou interentreprises, abrogeant et remplaçant le décret n°75-895 du 14 août 1975 ;
- l'arrêté interministériel n°2013-2159 du 18 février 2013 fixant les modèles types de statuts et de règlement intérieur des IPM, abrogeant et remplaçant les arrêtés n°9176 et n°9174 du 31 juillet 1976 ;
- l'arrêté interministériel n°002632 du 19 avril 2002 fixant le tarif des honoraires et actes médicaux applicables aux IPM.

Selon les dispositions de ces différents textes, la création d'une IPM est obligatoire pour toute entreprise comportant au moins 300 travailleurs, en deçà de ce seuil, l'adhésion à une IPM interentreprises est aussi obligatoire.

Ces Institutions assurent la prise en charge partielle des frais médicaux occasionnés par la maladie non professionnelle du travailleur et de ses ayants droit.

Cette prise en charge est servie sur la base d'un taux allant de 50 à 80% la différence étant à la charge du travailleur.

1.2.3.2 Les prestations prises en charge par les IPM

Aux termes de l'article 2 de l'arrêté interministériel n°2013-2159 du 18 février 2013 fixant les modèles types de statuts et de règlement intérieur des IPM, la liste des rubriques de prestations, partiellement prises en charge et des forfaits, dans les conditions qui sont fixées par le règlement intérieur de chaque Institution, est établie ainsi qu'il suit :

- les consultations de médecine générale et de médecine spécialisée ;
- les analyses, radios, médicaments prescrits sur ordonnance médicale ;
- les soins conservateurs ou extractions dentaires ;
- les accouchements ;
- l'optique médicale ;
- le transport aller-retour pour une hospitalisation vers l'établissement hospitalier le plus proche du domicile ;
- l'hospitalisation chirurgicale et médicale.

En dehors de ces rubriques de prestations obligatoirement prises en charge, chaque IPM peut prendre, à titre facultatif, les rubriques suivantes :

- les soins dentaires prothétiques ;
- les appareils orthopédiques ;
- les soins de massage ou de kinésithérapie prescrits par un médecin ;
- les actes de radiologie coûteux (imagerie par résonance magnétique ...).

1.2.3.3 Les ressources et les dépenses des IPM

Les ressources des IPM proviennent essentiellement :

- des cotisations versées par les membres participants;
- des cotisations versées par le ou les membres adhérents;
- des produits de placement de fonds ;
- des contributions et subventions qui lui sont accordées par les membres d'honneur;
- des dons et legs.

Les cotisations dues aux IPM sont fixées à un taux allant de 4 à 15% appliqué sur une assiette plafonnée à 250 000f CFA

Concernant les dépenses assurées par ces IPM, elles portent sur les diverses prestations prises en charge (dépenses de soins) ainsi que les frais rendus nécessaires pour la gestion de l'Institution.

1.2.4 Justification de l'enquête

Le diagnostic établi lors de l'étude sur la réforme de l'assurance maladie obligatoire, commanditée par la COSRISS en 2009, a révélé que les déficiences des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) étaient liées entre autres :

à l'obsolescence de nombreux points du cadre réglementaire ;

à la fixité et à la rigidité des paramètres techniques : par exemple, le taux de cotisation et l'assiette de calcul qui n'ont pas évolué depuis 1975 ;

aux difficultés financières connues par certaines IPM et qui nécessitent des mesures de redressement rapides ;

aux difficultés dans le recouvrement des cotisations et quotes-parts des participants ;

- à l'inexistence de solidarité entre IPM ;
- à la non effectivité du fonds de garantie prévu par l'article 45 du décret n°75-895 du 14 août 1975 ;
- à l'absence d'une unité de coordination, plus précisément d'un organe régulateur ;

- à l'absence de régulation médico-économique permettant de réprimer efficacement les fraudes et abus dans les dépenses de soins ;
- à la faiblesse de l'information, de la sensibilisation et de la communication ;
- à la faiblesse du contrôle et du suivi par la tutelle due à un déficit de ressources humaines, financières et matérielles ;
- à l'absence de formation des acteurs ;
- aux problèmes de gouvernance et de gestion des IPM ;
- à l'évasion sociale etc.

Afin de corriger ces différentes lacunes, le Ministère chargé du Travail et de la Sécurité sociale a entamé une réforme de l'Assurance Maladie obligatoire autour de trois axes majeurs :

- **une réforme juridique** avec la réactualisation des principaux textes qui régissent les IPM ;
- **une réforme institutionnelle** avec la mise en place de l'Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO) ainsi que le projet de mise en place de l'IPM interentreprises des travailleurs non permanents ;
- **une réforme de la gouvernance** avec la mise sur pied du fonds de garantie et de solidarité des IPM, l'amélioration des outils et méthodes de gestion des IPM ainsi que le renforcement des capacités des acteurs.

La finalité de cette réforme consiste, pour le Ministère chargé du Travail et de la Sécurité sociale, à apporter une contribution effective et efficace à l'atteinte de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en faisant une CMU dans le monde du travail. Toutefois, il faut préciser que les résultats réalisés par le Ministère pour étendre cette couverture ne pourraient être mesurés sans connaître au préalable la situation de référence, c'est-à-dire le taux de couverture actuel des IPM.

D'ailleurs, une des principales recommandations de l'étude commanditée par la COSRISS consistait en la reconstitution du dossier de chaque IPM afin d'avoir toutes les informations utiles liées à l'identification, à la population couverte, aux paramètres et au fonctionnement de l'IPM dans le but de disposer de données statistiques fiables sur l'évolution du système.

Ces données statistiques permettront non seulement un meilleur suivi des IPM, mais serviront aussi de base d'évaluation de la réforme, pour calculer le taux de contribution des IPM à l'extension de la couverture du risque maladie en particulier et à l'atteinte de la couverture maladie universelle en général.

C'est tout le sens de cette enquête nationale sur les IPM.

1.3 OBJECTIFS DE L'ENQUETE

1.3.1 Objectif général

Cette enquête vise la collecte de données sur les IPM afin de disposer de statistiques fiables sur l'assurance maladie obligatoire au Sénégal.

1.3.2 Objectifs spécifiques

Spécifiquement, cette enquête devrait permettre de :

- ❖ connaître le nombre d'IPM existantes pour les années 2012, 2013 et 2014 ;
- ❖ connaître le nombre de travailleurs couverts par les IPM par rapport au nombre total de travailleurs ciblés;
- ❖ connaître le nombre d'ayants droit pris en charge par ces travailleurs et couverts par les IPM par sexe et par tranche d'âge;
- ❖ connaître le nombre d'enfants de moins de 5 ans couverts par les IPM ;
- ❖ connaître la population totale couverte par les IPM ;
- ❖ connaître les paramètres appliqués par les IPM ;
- ❖ connaître les dépenses de santé assurées par les IPM ;
- ❖ calculer le taux de couverture de l'assurance maladie obligatoire;
- ❖ calculer la dépense de santé des IPM avec une répartition en dépense par acte ;
- ❖ disposer d'un fichier national des IPM réactualisé et fiable ;
- ❖ connaître le niveau d'informatisation des IPM.

1.3.3. Resultats attendus

Les résultats attendus de cette enquête sont les suivants :

- ❖ le nombre d'IPM existantes pour les années 2012, 2013 et 2014 est connu ;
- ❖ le nombre de travailleurs couverts par les IPM est connu;
- ❖ le nombre d'ayants droit couverts par les IPM par sexe et par tranche d'âge est connu ;
- ❖ le nombre d'enfants de moins de 5 ans couverts par les IPM est connus ;
- ❖ la population totale couverte par les IPM est connue ;
- ❖ les paramètres appliqués par les IPM sont connus ;
- ❖ les dépenses de santé assurées par les IPM sont connues ;
- ❖ le taux de couverture de l'assurance maladie obligatoire est connu;
- ❖ le fichier national des IPM est réactualisé et fiable ;
- ❖ le niveau d'informatisation des IPM est connu.

CHAPITRE II. DEFINITION DES CONCEPTS

Une bonne compréhension de l'analyse des données statistiques issues de cette enquête nationale suppose au préalable une connaissance du contenu des concepts utilisés.

2.1. LA SÉCURITÉ SOCIALE

La sécurité sociale peut être définie comme étant la protection offerte par la société à ses membres à travers une série de mesures publiques de lutte contre le dénuement économique et social qu'engendrerait autrement la disparition ou la réduction substantielle des revenus pour cause de maladie, de maternité, d'accidents du travail, de chômage, d'invalidité, de vieillesse ou de décès.

Le terme « mesures publiques » implique que la sécurité sociale est statutaire (basée sur la législation), obligatoire pour les populations définies et contributive par le biais de sources de financement définies¹³.

Cette définition se rapproche de celle donnée par l'OIT qui considère la Sécurité sociale comme « *la protection qu'une société offre aux personnes et aux ménages pour garantir l'accès aux soins de santé et la sécurité du revenu, surtout en cas de vieillesse, de maladie, d'invalidité, d'accident du travail, de maternité ou de disparition du soutien de famille*¹⁴ ».

Au plan institutionnel, la sécurité sociale désigne l'ensemble des institutions tendant, par une redistribution économique, à garantir à l'individu les soins médicaux, à le protéger contre les risques de diminution ou de perte de son revenu dus à la maladie, la maternité, le décès et à l'aider à assumer ses charges familiales.

2.2. L'ASSURANCE SOCIALE

L'assurance sociale est traditionnellement présentée comme un système de protection sociale reposant sur des mécanismes de transfert de type contribution / rétribution. Les travailleurs versent une cotisation qui est fonction de leur revenu, et s'ouvrent ainsi un droit « objectif » sur la société. Ce droit consiste à bénéficier d'une prestation dont la valeur est en rapport avec le revenu, en cas d'interruption ou de privation d'emploi.

¹³ *Lexique des termes juridiques*

¹⁴ http://www.ilo.org/global/publications/magazines-and-journals/world-of-work-magazine/articles/WCMS_081479/lang--fr/index.htm

L'assurance sociale est un système légal de garantie contre les risques sociaux, notamment, la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le décès, les charges de maternité, l'accident du travail et l'accroissement des charges de famille.

La notion d'assurance s'est développée parallèlement à l'émergence du travail salarié : pour pallier les risques d'une perte de salaire consécutive à un accident, au chômage ou à la vieillesse, il est apparu nécessaire d'instaurer une protection permettant à chaque travailleur de se constituer un revenu de remplacement, sur la base de cotisations préalables¹⁵.

L'assurance sociale se distingue de l'assurance commerciale du fait principalement du but lucratif poursuivi par le deuxième mécanisme. Ainsi, la Sécurité sociale telle que définie plus haut est de l'assurance sociale.

2.3. L'ASSURANCE MALADIE SOCIALE

L'assurance maladie sociale est un système légal de garantie du risque maladie dans le cadre de la Sécurité sociale. Il comporte des prestations en nature et des prestations en espèces.

Les prestations en nature concernent la prise en charge partielle des soins de santé et d'hospitalisation engagés par le travailleur ou ses ayants droit.

Les prestations en espèces payées sous forme d'indemnités représentent des revenus de remplacement pour le travailleur.

L'assurance maladie sociale peut être ainsi définie comme la branche de la Sécurité sociale ou de l'assurance sociale qui couvre le risque maladie.

2.4. L'ASSISTANCE SOCIALE

L'assistance sociale est fondée sur le devoir de la société de porter secours aux indigents et groupes vulnérables qui n'ont pas les moyens de cotiser dans le cadre de l'assurance sociale pour se prémunir des risques sociaux.

Elle peut prendre la forme de prestations monétaires ou en nature sans contrepartie de cotisation, financées par l'impôt, le budget de l'Etat ou l'appui des bailleurs. En revanche, elles sont souvent soumises à des conditions de ressource, de besoin et d'accès qui justifient l'examen au cas par cas de la situation du demandeur¹⁶.

L'objectif de l'assistance sociale est de faciliter l'adaptation des familles et des individus à la vie en société.

¹⁵ www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/assistance-assurance-protection-sociale.html

¹⁶ www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/assistance-assurance-protection-sociale.html

2.5. LA PROTECTION SOCIALE

L'assurance (Sécurité sociale) et l'assistance sont considérées comme les deux principales techniques de protection sociale. Elles se distinguent essentiellement par les principes qui les fondent mais aussi par leurs implications en termes de droits, de devoirs et de conditions d'accès.

Cette protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des risques sociaux. Il s'agit de situations susceptibles de compromettre la sécurité économique de l'individu ou de sa famille, en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses du fait de la maladie, de la maternité, du chômage etc.

2.6. LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

La Couverture Maladie universelle est un concept visant à garantir l'accès pour tous les individus aux soins de santé essentiels de qualité selon leurs besoins, indépendamment de leur niveau de revenu, de leur condition sociale ou du lieu où ils habitent et qu'ils soient en mesure d'utiliser ces services.

La CMU constitue la première composante du socle de protection sociale.

Selon l'OMS¹⁷, « *la couverture sanitaire universelle a pour objectif de veiller à ce que chaque individu puisse utiliser les services de santé dont il a besoin sans risquer de se ruiner financièrement ou de s'appauvrir. Succédant à l'initiative « Santé pour tous », l'objectif de la couverture sanitaire universelle adopte une conception large des services indispensables à une bonne santé et au bien-être. Ces services vont des soins cliniques pour les patients considérés individuellement aux services publics qui protègent la santé de populations entières. Ils englobent des services venant de l'intérieur comme de l'extérieur du secteur de la santé. La protection contre le risque financier est l'un des éléments de l'ensemble des mesures qui procurent une protection sociale globale* ».

2.7. L'OFFRE DE SOINS

L'offre de soins est définie comme l'ensemble des infrastructures et installations de santé, relevant du secteur public et du secteur privé, des ressources humaines qui leurs sont affectées, ainsi que des moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et de services en réponse aux besoins de santé des individus, des familles et des collectivités.

¹⁷ rapport sur la sante dans le monde (OMS-2013),

2.8. LA DEMANDE DE SOINS

« La demande est le désir d'un individu ou d'un groupe de population par rapport à une amélioration de la santé ou à l'utilisation d'un service. La demande concerne principalement les soins curatifs et plus rarement les mesures préventives¹⁸ ».

2.9. INSTITUTION DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Une Institution de Prévoyance sociale est une personne morale constituée par des membres adhérents (employeurs) et des membres participants (travailleurs), pour servir aux travailleurs et à leurs familles, des avantages destinés à compenser les risques sociaux de toute nature¹⁹.

2.10. IPM D'ENTREPRISE

Une IPM d'entreprise est une IPM constituée par et pour une seule entreprise. Toutefois, il peut arriver qu'au sein de cette entreprise, plusieurs établissements soient dénombrés.

2.11. IPM INTERENTREPRISES

Une IPM interentreprises est une IPM regroupant deux ou plusieurs entreprises.

2.12. ADHÉRENTS

Sont « membres adhérents », l'employeur ou les employeurs regroupés, selon le cas, dont les travailleurs bénéficient des prestations servies par l'Institution de Prévoyance Maladie et qui règlent leurs cotisations conformément à l'article 40 du présent décret²⁰.

2.13. PARTICIPANTS

Sont « membres participants », tous les travailleurs qui règlent leurs cotisations mensuelles suivant les modalités prévues par le règlement intérieur de l'institution, préalablement approuvé par le Ministre chargé de la Sécurité sociale²¹.

2.14. AYANTS DROIT

En matière de sécurité sociale, les ayants droit du travailleur sont le conjoint et les enfants à charge au sens du régime des prestations familiales.

¹⁸ <http://ftp.vub.ac.be/pub/exchange/ndacosta/outgoing/download/SIPES/fiches/tech2.html>

¹⁹ *Le droit sénégalais de la Sécurité sociale*, Joseph Issa SAYEGH

²⁰ Article 8 du décret 2012-832 du 7 août 2012 portant organisation et fonctionnement des Institutions de prévoyance maladie d'entreprise ou interentreprises

²¹ Article 8 du décret 2012-832 du 7 août 2012 portant organisation et fonctionnement des Institutions de prévoyance maladie d'entreprise ou interentreprises

2.15. PRESTATAIRE DE SOINS

Est prestataire de soins médicaux, toute personne physique ou morale qui offre des soins en médecine, pharmacie, ophtalmologie, optique, biochimie, hospitalisation, chirurgie dentaire etc.

Chaque IPM établit une liste de prestataires de soins agréés avec l'avantage d'un délai de crédit d'environ 60 jours pour le paiement des factures et d'un tarif préférentiel applicables exclusivement aux IPM fixé par arrêté interministériel n°002632 du 19 avril 2002.

Le participant qui consulte un prestataire agréé par l'IPM bénéficie d'un taux de prise en charge préférentiel sur ses dépenses.

2.16. PARAMÈTRES TECHNIQUES

Les paramètres techniques sont constitués d'une part, par les taux de prise en charge allant de 50 à 80% appliqués sur les montants facturés par les prestataires de soins pour déterminer la part supportée par l'IPM qui représente la charge technique ; d'autre part, par les taux de cotisations fixés entre 5 à 15% avec une assiette de salaire plafonnée à 250.000 FCFA pour déterminer la cotisation patronale et salariale qui représentent les produits techniques de l'IPM.

2.17. QUOTE-PART IPM ET QUOTE-PART PARTICIPANT

L'IPM applique un taux de prise en charge sur les frais médicaux facturés par les prestataires de soins pour déterminer sa part dénommée quote-part IPM. Le reste, supporté et remboursé par le participant, représente sa quote-part.

2.18. ÉVASION SOCIALE

Le terme « évasion sociale » renvoie aux entreprises éligibles à un régime de sécurité sociale et qui n'y souscrivent pas ainsi que celles qui sont affiliées mais ne s'acquittent pas de leurs cotisations.

2.19. TIERS PAYANT

Le mécanisme du « tiers payant » est la facilité donnée au malade d'être exonéré de faire l'avance de la partie des dépenses de santé qui est prise en charge par le régime obligatoire.²²

²² www.dictionnaire-juridique.com/definition/tiers-payant-tiers-payeur.php

CHAPITRE III. METHODOLOGIE ET ORGANISATION DU RAPPORT

3.1. PORTÉE ET COUVERTURE DE L'ENQUÊTE

La Direction générale du Travail et de la Sécurité sociale (DGTSS), par l'entremise de la Direction de la Protection Sociale (DPS) et de la Direction des Statistiques du Travail et des Etudes (DSTE), a entrepris une enquête nationale sur les « *Institutions de Prévoyance Maladie* » (ENIPM) dans le but de faire un état des lieux de leur fonctionnement et de disposer d'indicateurs de suivi et d'évaluation d'impact sur la santé des travailleurs et de leurs familles.

L'ENIPM a été réalisée sur l'ensemble du territoire sénégalais et a nécessité la mise en place d'un dispositif de collecte (voir annexes n°2, 3 et 4).

3.2. ECHANTILLON

Il est ressorti de l'appariement des fichiers disponibles une base de données d'IPM constituée d'environ 150 IPM. Dans ce fichier, chaque IPM est identifiée selon les rubriques suivantes :

dénomination ;

- type ;
- adresse physique ;
- localisation (région, département, commune/arrondissement et code d'identification) ;
- numéro de l'arrêté d'approbation (agrément de l'IPM)
- coordonnées téléphoniques ;
- personnes de référence (gérant d'IPM).

La méthodologie de l'enquête a consisté à communiquer les coordonnées des IPM mises à jour aux agents enquêteurs qui devaient s'organiser pour retrouver ces unités d'enquête et leur administrer le questionnaire conçu à cet effet.

Sur les 150 IPM répertoriées dans la base de données existante, 103 ont été effectivement retrouvées par les enquêteurs. En outre, selon une étude récente menée dans le cadre de la mise en place du Système d'Information de l'Assurance Maladie obligatoire (SIAMO), il a été possible de compléter les données de 14 autres IPM. Ce qui a porté le nombre d'IPM à 117, soit un taux de réponse de 78%.

Le niveau de non réponse peut s'expliquer notamment par :

- l'absence de coordonnées exactes qui n'a pas permis de retrouver toutes les IPM ciblées ;
- la fermeture pure et simple de certaines IPM (cessation d'activités d'entreprises) ;
- la fusion entre IPM.

3.3. STRUCTURE DES INSTRUMENTS DE COLLECTE

L'enquête ENIPM a été menée avec comme support de collecte, un questionnaire « structure » ou questionnaire IPM administré avec l'appui d'un agent enquêteur ou rempli directement par le gérant de l'IPM ou encore par une personne qualifiée de cette Institution.

3.3.1. LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire conçu pour l'enquête est structuré en 7 sections en plus de comporter deux annexes établissant respectivement la liste des entreprises adhérentes dans les IPM interentreprises et la liste des prestataires.

SECTION I : COMPOSITION ET CARACTERISTIQUES DE L'IPM

Cette partie permet de collecter les informations de base concernant chacune des IPM enquêtées à savoir :

- La dénomination de l'IPM
- le type d'IPM décliné en 2 options : « *IPM* d'entreprise » et/ou « *IPM* interentreprises »;
- l'adresse complète et la localisation ;
- la date de sa création ;
- la date d'implantation dans la zone enquêtée ;
- le champ de couverture ou d'intervention : nombre d'entreprises couvertes (ou niveau d'adhésion et de pénétration), le niveau de participation des travailleurs et de leurs ayants-droits (population sociale) ;
- le dispositif organisationnel mis en place par l'Institution (la manière dont elle est organisée, ses organes et son organigramme) ;
- le détail sur l'expertise technique mobilisée : à savoir le profil du responsable moral et la composition de son bureau de gestion (président, gérant, secrétaire, et autres) ;
- les sources de financement de ses actions ;
- les types de prestations /d'assistance fournies aux participants et aux ayants-droits ;
- la structure de ses dépenses ;
- la liste des prestataires accrédités.

SECTION II : BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS SERVIES PAR L'INSTITUTION AU COURS DES TROIS DERNIERES ANNEES

Cette section permet de collecter les données relatives à la structure de la population sociale des IPM. Ces informations sont organisées selon le nombre de participants, les conjoints et les enfants des travailleurs. Une classification selon le sexe et

l'évolution par année de cette population de 2012 à la date de l'enquête est requise. Une stratification selon l'âge est faite afin de mesurer les indicateurs souhaités par l'Agence de la CMU (enfants ayant moins de 5 ans et ceux compris entre 5 et 21 ans).

SECTION III : SITUATION FINANCIERE AU 31 DECEMBRE

La situation a été appréciée sur trois gestions allant de 2012 à 2014 avec sept sous sections à savoir :

- ❖ les encaissements (recettes) ;
- ❖ les décaissements ;
- ❖ les charges de fonctionnement ;
- ❖ les dépenses d'investissement ;
- ❖ les paramètres techniques appliqués ;
- ❖ les dettes encourues ;
- ❖ les créances dues par des tiers.

3.3.1.1. Encaissements

- Les encaissements sont les recettes des IPM. Ils ont été collectés à partir des éléments constitués par la nomenclature suivante :
- les cotisations des adhérents et des participants ;
- les remboursements des bénéficiaires ;
- les donations, legs et subventions ;
- les réserves détenues par l'IPM ;
- les produits et placements financiers ;
- les autres formes d'encaissement à préciser.

3.3.1.2. Décaissements

Les décaissements sont les dépenses effectuées par les IPM. Ils ont été renseignés à partir d'un tableau avec la nomenclature suivante :

- les règlements des fournisseurs de soins ;
- les salaires ;
- les dépenses de fonctionnement ;
- les remboursements au profit des bénéficiaires ;
- les impôts ;
- les cotisations au niveau de l'IPRES et de la Caisse de Sécurité sociale ;
- les remboursements contre facture.

Sur la base de ces deux rubriques (encaissements et décaissements), la situation financière de l'IPM est établie.

3.3.1.3. Charges de fonctionnement et dépenses de soins

Il s'agissait dans cette partie de donner les détails des dépenses énoncées dans la sous section ci-dessus à savoir :

- les frais de gestion par nature (location, eau, électricité, téléphone - fax, imprimés d'exploitation, fournitures de bureau, entretien et maintenance, etc.) ;
- les salaires et indemnités de session;
- les frais médicaux engagés selon la nature de la spécialité ;
- les autres frais médicaux engagés selon la nature des charges (frais d'hospitalisation, d'accouchement, de pharmacie, d'analyses médicales, d'optique médicale, d'imagerie médicale, etc.).

3.3.1.4. Investissements

Le questionnaire s'est intéressé :

- aux immobilisations incorporelles c'est-à-dire les frais d'établissement et les études entre autres ;
- à l'achat de terrain, de bâtiments et/ou leur construction ;
- à l'achat de matériel et mobiliers de bureau ;
- aux moyens de transports ;
- à l'équipement informatique, etc.

3.3.1.5. Taux de cotisation et plafond appliqués

Deux tableaux ont été renseignés suivant le taux de cotisation et le plafond appliqués :

- le 1^{er} tableau concerne les adhérents c'est à dire les employeurs ;
- le deuxième est relatif aux paramètres appliqués aux participants à savoir les employés.

3.3.1.6. Endettement des ipm vis-à-vis des tiers

L'endettement de chaque IPM envers les tiers est capté suivant la liste des prestataires principaux ci après :

- les pharmacies ;
- Les hôpitaux ;
- Les médecins ;
- les cliniques ;
- les laboratoires ;
- les radiologues.

3.3.1.7. Créances dues aux ipm par des tiers

Ces créances ont été principalement réparties entre les participants et les adhérents.

NB : En plus des montants annuels de créance des années 2012, 2013 et 2014, la situation à la date de l'enquête était posée au niveau des sous sections 3.5 ; 3.6 et 3.7.

SECTION IV : FONCTIONNEMENT DES IPM

Le questionnaire a permis de collecter des informations sur le fonctionnement des IPM en s'intéressant :

- au mode de gouvernance des IPM ;
- aux cas de contentieux ;
- aux difficultés majeures rencontrées ;
- à la gestion informatisée des IPM ;
- aux propositions de solutions aux problèmes identifiés par les IPM par rapport :
 - aux synergies et formes de collaboration développées avec d'autres organisations spécialisées ;
 - aux perceptions sur la politique/stratégie existante en terme de protection sociale ;
 - aux contraintes et limites rencontrées dans la conduite des interventions (action) ;
 - aux perspectives en termes de redéploiement stratégique que ce soit à titre d'élargissement de la demande (la base d'adhésion) ou de l'offre de prestation (réorientation des programmes, restructuration et/ou recentrage de ces prestations).
- suggestions en termes d'alternatives ou de mesures à préconiser.

3.4 LA PLANIFICATION DE L'ENIPM

Le chronogramme de réalisation de l'ENIPM est présenté comme suit

PROGRAMME DE L'enquête

N°	ACTIVITES	RESPONSABLES	DUREE
1.	1 ^{ère} réunion de coordination et de validation des documents techniques de l'enquête	DPS/DSTE	1 jour
2.	Sélection de l'équipe projet de l'enquête	Psdtd/coord/DPS/DSTE/	Sans délai
3.	Prise d'un arrêté portant création du Comité de pilotage et de l'Equipe technique de l'enquête et fixant leur composition	DPS/DSTE	Sans délai
4.	Diffusion d'un communiqué de presse à l'endroit des IPM et autres acteurs pour information et accueil des enquêteurs (presse écrite, orale, télé et en ligne)	Chargée Comm	7 jours
5.	Atelier de formation de l'équipe projet de l'enquête Elaboration et distribution d'un guide pour les enquêteurs	DPS/DSTE	1 jour
6.	Atelier de lancement de l'enquête nationale	DPS/DSTE	1 jour
7.	Enquête de terrain (indemnités de l'équipe technique)	enqueteurs	15 jours
8.	Ateliers de suivi du déroulement de l'enquête	(comité de pilotage)	Chaque quinzaine 5 ateliers
9.	Collecte des données de l'enquête par les contrôleurs et chefs d'équipes et transmission aux superviseurs	Contrôleurs Chefs d'équipe	15 jours
10.	Centralisation des données par les superviseurs et transmission au coordonateur et au président	Superviseurs Coordonateur Président	15 jours
11.	Réunions des superviseurs au niveau de leurs axes	Superviseurs	Une réunion par axe (4 réunions) après 1 ^{ère} semaine de l'enquête
12.	Mise en place d'une application pour le fichier national des IPM	informaticien	Sans délai
13.	Atelier de formation des agents de saisie		1 jour
14.	Saisie des résultats de l'enquête	Agents de saisie Contrôleurs de saisie Personnel d'appui	10 jours
15.	Atelier d'exploitation des données et d'élaboration du rapport de l'enquête (résidentiel)	DPS/DSTE	3 jours
16.	Atelier de validation du rapport de l'enquête	DPS/DSTE	1 jour
17.	Atelier de restitution du rapport de l'enquête	DPS/DSTE	1 jour

3.5 LE TRAVAIL DE TERRAIN

A la suite de la mise en place du Comité technique, une stratégie de collecte a été mise en œuvre à travers la sélection et le recrutement du personnel dédié à la gestion de la collecte et comprenant des superviseurs, des contrôleurs et des enquêteurs. Ce personnel a par la suite bénéficié d'un renforcement des capacités lors d'un atelier qui a permis de les former à l'utilisation du questionnaire et sur la méthode de supervision des enquêteurs.

Par ailleurs, le questionnaire IPM (outil de collecte) ainsi que la méthodologie de collecte ont été testés et évalués ; ce qui a permis d'en apprécier la portée ainsi que les limites et de procéder à la finalisation de ces outils.

De plus, un système de suivi et de facilitation de l'ENIPM 2015 a été mis en place au niveau central comprenant des contrôleurs et des superviseurs.

Un système de ramassage et de remontée des questionnaires remplis a été également mis en place.

Les travaux de collecte se sont déroulés du 7 au 23 octobre 2015. Toutefois, pour les besoins de compléments d'informations notés dans les questionnaires remplis, les opérations se sont poursuivies jusqu'au mois de décembre 2015.

Les IRTSS se sont aussi mobilisées pour accompagner les opérations de collecte dans leur ressort ; les moyens logistiques disponibles ont été mobilisés pour assurer la sensibilisation des gérants d'IPM ainsi que pour et le transport des enquêteurs dans les zones d'implantation des IPM.

En définitive, les résultats des opérations de collecte de terrain se résument au tableau de répartition ci-après :

Tableau 3.2.01 : Bilan entre IPM existant et questionnaires reçus

Région	Nombre d'IPM		
	Ciblées ou échantillonnées (base de données 2015) (colonne A)	Effectivement enquêtées (ENIPM, 2015) (Colonne B)	Ecart (Colonne C = A-B)
Dakar	108	92	16
Diourbel	1		1
Fatick			
Kaffrine			
Kaolack	4	4	0
Kédougou		1	-1
Kolda	2	2	0
Louga	1	1	0
Matam			
Saint-Louis	5	5	0
Sédhiou			
Tamba			
Thiès	10	10	0
Ziguinchor	3	2	1
Total	134	117	17

3.6. EXPLOITATION DES DONNÉES

Pour organiser au mieux cette opération, la DSTE a fait développer une application de saisie des données à partir des questionnaires remplis. Les agents de saisie recrutés à cette fin ont été formés à la manipulation de cette application le 19 octobre 2015 et ont pu traiter l'ensemble des questionnaires disponibles et consigner toutes les sections du questionnaire pour les traduire en thématique d'analyse.

Le travail de saisie a mobilisé 13 personnes dont 10 agents de saisie, 2 informaticiens et 1 statisticien pour le contrôle de conformité et de qualité des données saisies.

Enfin, un atelier d'exploitation des données et d'élaboration du canevas du rapport de l'enquête a été organisé au niveau central. Il a permis, d'une part, d'apurer la base de données constituée avec les informations recueillies durant l'ENIPM et de consolider les informations ainsi collectées. D'autre part, la DSTE a procédé, par la suite, à la définition et à la confection des indicateurs-clés pour le suivi des IPM. La liste des indicateurs est présentée dans l'annexe 1.

La structure du rapport est présentée dans la section qui suit.

3.7. ORGANISATION DU RAPPORT

Le présent rapport s'articule autour de quatre chapitres :

- l'introduction générale relative à la situation socio démographique, socio sanitaire et économique du pays ainsi que le contexte et les objectifs de l'enquête ;
- la définition des concepts afin d'aider les utilisateurs de ce rapport à mieux comprendre les termes employés ;
- la méthodologie de l'enquête et l'organisation du rapport pour expliquer les différentes phases du processus de l'enquête ;
- l'analyse des résultats de l'enquête suivant les différentes sections du questionnaire.

CHAPITRE IV. ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE

SECTION 4.1 : CARACTERISTIQUES DES IPM ENQUETEES

La couverture maladie des travailleurs salariés du secteur privé formel est assurée par les Institutions de Prévoyance Maladie. Selon les dispositions des différents textes pris en la matière, toute entreprise doit obligatoirement prendre en charge la couverture maladie de ses travailleurs à travers les IPM.

En vue de réactualiser les données statistiques de l'assurance maladie obligatoire, une enquête auprès des Institutions de prévoyance maladie a été menée en octobre 2015 sur tout le territoire national.

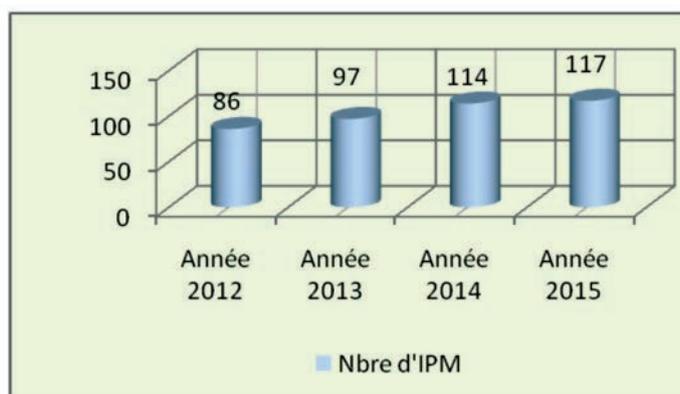
A l'issue de cette enquête, il a été dénombré au total:

- 117 IPM réparties sur 8 régions dont 60 IPM d'entreprise et 57 IPM interentreprises ;
- 1 766 entreprises adhérentes ;
- 107 568 participants ;
- 302 915 personnes couvertes.

4.1.1. Evolution du nombre d'IPM de 2012 à 2015

Les IPM dénombrées sont au nombre de 117 en octobre 2015, date de la collecte, contre 114 en fin décembre 2014, 97 et 86 pour les années 2013 et 2012 comme l'indique le graphique ci-dessous.

Graphique n°4.1.01 : nombre d'IPM existantes au cours des 4 dernières années



Source : ENIPM 2015 SIAMO 2015

Il ressort du graphique 4.1.01 une augmentation de 31 IPM entre 2012 et 2015 soit un accroissement de 36%. Cette tendance à l'augmentation continue du nombre d'IPM depuis 2012 pourrait s'expliquer notamment par une impulsion de la réforme de l'assurance maladie obligatoire

(RAMO), entrée en vigueur à la même date, et qui, grâce à une bonne sensibilisation, a permis de régler le problème de l'obsolescence de nombreux points du cadre réglementaire des IPM et de redonner confiance aux employeurs, aux travailleurs et aux prestataires de soins.

Ce taux d'évolution est également le fruit d'une meilleure prise en compte du volet assurance maladie obligatoire par les Inspections du Travail et de la Sécurité sociale dans leurs activités de conseil et de contrôle.

Il est aussi la résultante du regain de l'activité économique noté avec la création de plusieurs nouvelles entreprises et aussi de la relance des entreprises jadis en difficultés.

Cependant, cette tendance mérite d'être consolidée pour aider à parachever la réforme et améliorer l'intervention de l'administration du Travail dans le domaine de l'assurance maladie obligatoire en diversifiant les activités de sensibilisation, de formation et de contrôle, afin d'atteindre les cibles sur toute l'étendue du territoire. Cela pourrait passer par un programme de renforcement de capacités des inspections visant à permettre à ces dernières d'être mieux outillées dans ce domaine pour porter les points de réforme et les valoriser dans le cadre de leurs activités de contrôle des établissements.

4.1.2. Nature des IPM enquêtées

La réglementation en vigueur permet aux entreprises comptant au moins 300 travailleurs de constituer leur propre IPM tout en obligeant celles qui ont un effectif inférieur à 300 salariés à adhérer à une IPM déjà autorisée. Ce principe pourrait conduire à conclure que les 57 IPM interentreprises regroupent des entreprises ayant un effectif inférieur à 300 travailleurs. Cependant, l'article 4 du décret n°2012-832 du 07 août 2012 relativise cette conclusion en disposant que « *Toute entreprise comptant au moins trois cents (300) travailleurs dans son effectif au sens des articles 2 et 3 du présent décret peut opter, soit pour l'organisation d'une Institution autonome de Prévoyance Maladie, soit pour l'adhésion à une Institution de Prévoyance Maladie déjà autorisée* ».

Selon le nombre de travailleurs, une entreprise peut opter pour la création d'une Institutions de Prévoyance Maladie autonome (IPM d'entreprise) ou adhérer à une IPM déjà autorisée. Entre 1975 et 2012, ce seuil était fixé à 100 travailleurs. A partir de 2012, ce seuil est ramené à 300 travailleurs. Ainsi, au regard de la réglementation, on peut distinguer deux catégories d'IPM : les IPM d'entreprises et les IPM interentreprises.

Tableau n°4. 1.01: répartition des IPM enquêtées selon la nature

NATURE IPM	Nombre	%
ENTREPRISE	60	51,3%
INTERENTREPRISES	57	48,7%
Total général	117	100%

Source : ENIPM 2015 SIAMO 2015

Sur les 117 IPM recensées, on dénombre ainsi 60 qui ont le statut d'IPM d'entreprise (51,3%) et 57 le statut d'IPM interentreprises

(48,7%) comme le montre le tableau 4.1.01. Ces deux catégories d'IPM fonctionnent selon les mêmes modalités mais n'ont pas la même capacité d'absorption en termes d'entreprises adhérentes comme on peut le vérifier dans la section qui suit.

4.1.3. Nombre d'entreprises adhérentes selon le type d'IPM

Le tableau 4.1.02 nous renseigne sur le nombre d'entreprises adhérentes selon la nature de l'IPM.

Tableau n°4.1.02 : répartition du nombre d'entreprises adhérentes selon le type d'IPM

TYPE IPM	NOMBRE D'IPM	Entreprises Adhérents	Pourcentage
ENTREPRISE	60	60	3,4%
INTERENTREPRISES	57	1706	96,6%
Total général	117	1766	100%

Source : ENIPM 2015 SIAMO 2015

Au total, les 117 IPM ont polarisé 1766 entreprises. Les IPM d'entreprises du fait de leur autonomie, n'absorbent que 60 entreprises. Par contre,

les IPM interentreprises font état d'une plus grande diversification avec 1706 entreprises couvertes soit en moyenne 30 entreprises par IPM.

La répartition des IPM par région présente des disparités notables comme on peut le noter dans le paragraphe qui suit.

4.1.4. Localisation des IPM par région en 2014

La répartition des IPM par région reste très inégale dans son volume comme par rapport à la catégorie d'IPM (cf. tableau n°4.1.03).

Dans l'ensemble, environ 8 IPM sur 10 ont leur siège à Dakar. En ce qui concerne les IPM d'entreprise, le niveau de concentration dans cette région atteint 85%. Pour les IPM interentreprises, la région de Dakar concentre également 72% des sièges.

La région de Thiès arrive en deuxième position avec 8,5% d'IPM. Elle compte 10 IPM dont 4 IPM d'entreprise et 6 IPM interentreprises.

La région de Saint Louis se positionne à la troisième place avec 5 IPM dont 4 interentreprises et 1 seule IPM d'entreprise.

Tableau n°4.1.03 : répartition des IPM selon la nature et par région

REGION	ENTREPRISE		INTERENTREPRISES		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Dakar	51	85,0%	41	71,9%	92	78,6%
Kaolack	2	3,3%	2	3,5%	4	3,4%
Kolda	1	1,7%	1	1,8%	2	1,7%
Louga	-	-	1	1,8%	1	0,9%
Saint Louis	1	1,7%	4	7,0%	5	4,3%
Thiès	4	6,7%	6	10,5%	10	8,5%
Ziguinchor	1	1,7%	1	1,8%	2	1,7%
Kédougou	-	-	1	1,8%	1	0,9%
Total général	60	100%	57	100%	117	100,00%

Source : ENIPM 2015 SIAMO 2015

Au total, la région de Dakar enregistre de loin le plus fort taux de concentration d'IPM ; du fait notamment de la forte densité de l'activité économique au niveau de la capitale.

Les autres régions restent faiblement pourvues en IPM avec une option plus forte pour les IPM interentreprises.

Enfin, les régions de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Sédhiou et Tambacounda ne sont pas représentées dans le cadre de cette enquête malgré la présence effective d'entreprises du secteur moderne dans ces régions

Cette situation pourrait s'expliquer notamment par la possibilité, pour les entreprises de ces régions ou leurs salariés, d'adhérer à des IPM dont le siège social n'est pas forcément sur place. Ainsi, les besoins des travailleurs en matière de maladie non professionnelle peuvent bien être pris en charge par des IPM qui seraient implantées dans d'autres régions ; c'est le cas par exemple des travailleurs de la SODEFITEX à Tambacounda dont le siège social de l'IPM se situe à Dakar.

4.1.5. Niveau de couverture des régions en IPM selon les entreprises adhérentes

Selon le décret n°2012-832, l'adhésion à une IPM est obligatoire pour toute entreprise. Cependant la réglementation ne précise pas le nombre limite d'entreprises susceptibles d'adhérer à une IPM.

Comme le montre le tableau n°4.1.04, les 57 IPM interentreprises enquêtées en 2015 couvraient 1706 entreprises soit une moyenne de 30 entreprises par IPM.

En dehors de Kédougou, le taux d'affiliation aux IPM interentreprises est plus grand dans les régions qu'à Dakar. La région de Ziguinchor affiche un ratio de 463 entreprises pour une IPM interentreprises (la seule de la région). Ensuite, ce sont les IPM de Louga, Kaolack, Thiès qui présentent les taux d'absorption les plus consistants avec respectivement 46, 44 et 32 entreprises adhérentes par IPM.

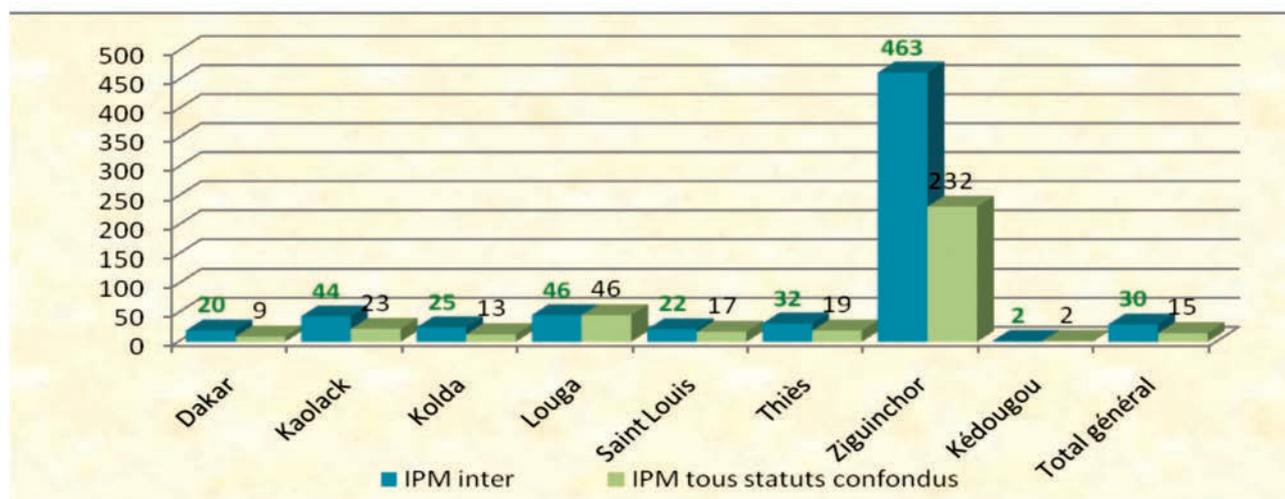
Tableau n° 4. 1.04 : répartition des entreprises adhérentes aux IPM selon la nature et par région

REGION	ENTREPRISE		INTERENTREPRISES			TOTAL		Ratio Ets/IPM
	NOMBRE	Entreprises adhérentes	Nombre	Entreprises adhérentes	Ratio Ets/IPM	Nombre	Entreprises adhérentes	
Dakar	51	51	41	806	20	92	857	9,3
Kaolack	2	2	2	88	44	4	90	22,5
Kolda	1	1	1	25	25	2	26	13
Louga			1	46	46	1	46	46
Saint Louis	1	1	4	86	22	5	87	17,4
Thiès	4	4	6	190	32	10	194	19,4
Ziguinchor	1	1	1	463	463	2	464	232
Kédougou			1	2	2	1	2	2
Total général	60	60	57	1706	30	117	1766	15,1

Source : ENIPM 2015 SIAMO 2015

Dans l'ensemble (IPM tous types de statuts confondus), c'est toujours la région de Ziguinchor qui se détache avec un ratio de 232 entreprises fédérées par IPM, suivie de Louga (46), de Kaolack (23) et de Thiès (19). Le graphique ci-dessous en donne l'illustration.

Graphique n°4.1.02. Ratio de couverture des IPM par région selon le statut de l'IPM



Source : ENIPM 2015, **tableau n° 4. 1.04 supra**

4.1.6. Ecart de couverture des entreprises existantes par les IPM

Ratio de couverture (colonne 8): c'est un indicateur déjà analysé dans le tableau n°4.1.04 et dans le graphique 4.1.02 ci-dessus. Il montre, à l'état actuel, qu'une IPM (tous statuts confondus) couvre 15 entreprises au moins. Par rapport à cet indicateur, on peut rappeler que les IPM implantées dans les régions de Ziguinchor, Louga et Kaolack affichent les niveaux de couverture les plus élevés.

Taux de couverture globale : il permet d'élargir le taux de couverture à toutes les entreprises du pays et donne ainsi une indication sur le degré de pénétration des IPM dans le tissu actuel. Pour son calcul, les données utilisées proviennent des statistiques de l'enquête DASMO corrigées.

Deux indicateurs peuvent ainsi être mis en évidence, à savoir :

- Le nombre d'entreprises existant sur le nombre d'IPM recensés (ENT/IPM , à la colonne 8)

Pour ce premier indicateur (ENT/IPM), on constate dans l'ensemble un potentiel important de couverture en IPM puisqu'on dispose d'une assiette moyenne de 111 entreprises pour une seule IPM existante. En d'autres termes, une IPM devrait avoir la possibilité, en moyenne, de couvrir 111 entreprises. A l'état actuel, seules 15 entreprises sont couvertes par une IPM. Pour arriver à absorber ce potentiel, il faudra multiplier à l'échelle nationale le nombre d'IPM par 7,4 soit le deuxième indicateur (colonne 9).

- le nombre d'entreprises ayant effectivement adhéré à une IPM par rapport au nombre total d'entreprises existant (ADH/ENT à la colonne 9).

Le tableau 4.1.05 présente le niveau de ces indicateurs selon le statut de l'IPM et la région de localisation

Tableau n°4.1.05 : nombre d'entreprises couvertes par les IPM par rapport aux entreprises recensées par l'enquête DASMO

Régions	IPM RECENSEES (2015)		ENTREPRISES		Ratio de couverture (5) = (3 : 1)	TOTAL ENTREPRISES		Taux de couverture (global) ENT/IPM 8= (6 : 1)	ADH/ENT 9= (6 : 3)	Nbre IPM requis pour assurer couverture optimale 10= (9x1)	GAP entreprises 10=(6 - 3)	Nbre IPM requis pour assurer couverture optimale base moyenne nationale 11= (10/5)
	Nombre (1)	% (2)	(ADHERENTS)			(source DASMO)						
			Nombre (3)	% (4)		Nombre (6)	% colonne (7)					
Dakar	92	78,63%	857	48,53%	9	8354	64,17%	91	10	897	7497	496
Diourbel	-	-	0	-	-	381	2,93%	-	-	-	381	25
Fatick	-	-	0	-	-	157	1,21%	-	-	-	157	10
Kaffrine	-	-	0	-	-	152	1,17%	-	-	-	152	10
Kaolack	4	3,42%	90	5,10%	23	493	3,79%	123	5	22	403	27
Kédougou	1	0,85%	2	0,11%	2	55	0,42%	55	28	28	53	4
Kolda	2	1,71%	26	1,47%	13	180	1,38%	90	7	14	154	10
Louga	1	0,85%	46	2,60%	46	235	1,81%	235	5	5	189	13
Matam	-	-	0	-	-	146	1,12%	-	-	-	146	10
Saint Louis	5	4,27%	87	4,93%	17	650	4,99%	130	7	37	563	38
Sédhiou	-	-	0	-	-	60	0,46%	-	-	-	60	4
Tambacounda	-	-	0	-	-	140	1,08%	-	-	-	140	9
Thiès	10	8,55%	194	10,99%	19	1429	10,98%	143	7	74	1235	82
Ziguinchor	2	1,71%	464	26,27%	232	586	4,50%	293	1	3	122	8
Total	117	100,00%	1766	100,00%	15	13018	100,00%	111	7	862	11252	750

Source : ENIPM 2015 SIAMO 2015

Sur la base de ces deux indicateurs, on peut faire la situation suivante :

Région de Dakar : elle affiche un ratio de couverture en IPM d'environ 9,3 entreprises adhérentes, alors que le potentiel est de 90,8. Cette région aura besoin, avec son niveau de couverture actuel, de multiplier le nombre d'IPM actuellement disponibles par 9,7 pour arriver à un nombre de 897 IPM soit 805 IPM supplémentaires afin de couvrir le gap de 7497 entreprises qui ne sont pas encore affiliées.

Région de Kaolack : l'effort à déployer dans cette région doit conduire à la création de 22 IPM soit un surplus de 18 IPM afin de couvrir le gap de 403 entreprises qui ne sont pas encore affiliées.

Région de Kédougou : les besoins à satisfaire sont estimés à la lumière de ces indicateurs à 28 IPM ; ce qui reviendrait à créer 27 IPM nouvelles dans cette région pour assurer la couverture complète du gap de 53 entreprises qui ne sont pas encore affiliées;

Région de Kolda : 12 IPM de plus seraient nécessaires pour couvrir les besoins de la région estimés à 14 selon les conditions actuelles de prise en charge et résorber le gap de 154 entreprises qui ne sont pas encore affiliées;

Région de Louga : cette région devrait bénéficier de la création de 4 IPM nouvelles pour satisfaire la demande potentielle dans les conditions actuelles afin de couvrir le gap de 189 entreprises qui ne sont pas encore affiliées;

Région de Saint Louis : dans cette région, l'effort attendu n'est pas négligeable car elle a besoin de se doter de 32 nouvelles IPM pour couvrir ses besoins potentiels afin de couvrir le gap de 563 entreprises qui ne sont pas encore affiliées,

Région de Thiès : Comme on pouvait s'y attendre avec le degré de concentration des entreprises que vit cette région après Dakar, la région de Thiès affiche le deuxième plus important besoin en IPM à satisfaire. En tout, on aura besoin de 64 IPM de plus, pour assurer la couverture maladie des entreprises existantes et afin de couvrir le gap de 1235 entreprises qui ne sont pas encore affiliées.

Région de Ziguinchor ; c'est dans cette région qu'on rencontre le niveau de couverture le plus satisfaisant malgré un léger déficit qu'elle pourra combler avec la création d'une seule IPM nouvelle afin de couvrir le gap de 122 entreprises qui ne sont pas encore affiliées.

La demande potentielle en IPM ci-dessus énoncée ne tient pas compte des besoins concernant les régions qui n'abritaient pas d'IPM au moment de l'enquête.

Cependant, on peut présumer que jusqu'ici, la prise en charge des salariés dans le domaine de l'assurance maladie a été effectivement assurée par des IPM ayant leur siège ailleurs notamment à Dakar. Toutefois, si de nouvelles entreprises venaient à voir le jour dans ces régions, la question devrait être examinée avec attention.

4.1.7. Analyse du niveau de couverture des travailleurs par les IPM

Le tableau synoptique n°4.1.06 indique que les 117 IPM recensées couvrent 107568 salariés cotisants soit en moyenne 919 participants par IPM.

Tableau 4.1.06 : nombre de travailleurs couverts par les IPM par rapport aux travailleurs recensés par l'enquête DASMO

Régions	IPM RECENSEES (2015)		ENTREPRISES (PARTICIPANTS)		Ratio de couverture (5) = (3 : 1)	TOTAL EFFECTIF ENTREPRISES (source DASMO)		Taux de couverture (global)		Nbre requis assurer couverture optimale 10= (9/5) base moyenne régionale ²³	Nbre requis assurer couverture optimale 11= (9)/300 ²⁴ base moyenne nationale	Nbre requis assurer couverture efficiente
	Nombre (1)	% (2)	Effectif (3)	% (4)		Effectif (6)	% (7)	EFFE CT/IPM 8= (6 : 5)	GAP EFFE CTIF 9= (6 - 3)			
Dakar	92	78,6%	89 962	83,6%	978	222457	73,0%	2418	132 495	136	442	136
Diourbel	0	0,0%	0	0,0%		3442	1,1%		3 442	4	11	4
Fatick	0	0,0%	0	0,0%		3863	1,3%		3 863	5	13	5
Kaffrine	0	0,0%	0	0,0%		1012	0,3%		1 012	2	3	2
Kaolack	4	3,4%	831	0,8%	208	5446	1,8%	1362	4 615	22	15	15
Kédougou	1	0,9%	281	0,3%	281	1844	0,6%	1844	1 563	6	5	5
Kolda	2	1,7%	178	0,2%	89	1870	0,6%	935	1 692	19	6	6
Louga	1	0,9%	163	0,2%	163	2986	1,0%	2986	2 823	17	9	10
Matam	0	0,0%	0	0,0%		2114	0,7%		2 114	3	7	3
Saint Louis	5	4,3%	8 192	7,6%	1638	25067	8,2%	5013	16 875	10	56	10
Sedhiou	0	0,0%	0	0,0%		244	0,1%		244	1	1	1
Tambacounda	0	0,0%	0	0,0%		3740	1,2%		3 740	5	12	5
Thiès	10	8,6%	5 897	5,5%	590	26214	8,6%	2621	20 317	34	68	34
Ziguinchor	2	1,7%	2 064	1,9%	1032	4572	1,5%	2286	2 508	2	8	2
Total	117	100,0%	107 568	100,0%	919	304871	100,0%	2606	197303	215	658	238

Par rapport à la cible estimée par la DASMO à 304871 travailleurs, le taux de couverture est de 35,28% et il ressort un gap de 197303 salariés que couvriraient de façon brute 215 IPM.

Sur la base de la moyenne par région et des prévisions basées sur la moyenne nationale pour les régions n'ont pourvues d'IPM, il découle un besoin total de création de quelques 238 IPM pour combler ce gap et se retrouver avec un total de 345 IPM dans tout le territoire national.

Cependant, sur la base du nombre requis de travailleurs pour créer une IPM (Décret n°2012-832) qui est de 300, il ressort un besoin de 658 IPM qui vont s'ajouter à l'existant pour assurer une couverture optimale du pays.

L'analyse de la situation par région se présente comme suit :

- ❖ La région de Dakar enregistre 92 IPM pour un effectif de 89962 participants soit 83,6% de la population totale participant couverte et 40,4% de la cible. En référence à la DASMO qui estime le nombre de salariés de Dakar à 222457, on relève un gap de couverture pour 132495 travailleurs. Sur la base de la moyenne

²³ Les régions n'ayant pas d'IPM, le quotient national a été utilisé soit 919.

²⁴ Le chiffre 300 étant le nombre requis de travailleurs pour créer une IPM (Décret 2012-832)

régionale de 978 participants par IPM, le besoin en création d'IPM est de 136 tandis qu'il est de 144 sur la base de la moyenne nationale et de 442 s'il s'agissait du nombre requis par le Décret n°2012-832 pour assurer une couverture optimale.

- ❖ La région de Diourbel n'a pas enregistré d'IPM, cependant en référence à la DASMO, on estime le nombre de salariés de la région de Diourbel à 3442 soit 1,1% de la cible. Sur la base de la moyenne nationale de 919 participants par IPM, le besoin en création d'IPM est de 4 tandis qu'il est de 11 sur la base du Décret n°2012-832.
- ❖ La région de Fatick n'a pas enregistré d'IPM, cependant en référence à la DASMO, on estime le nombre de salariés de la région de Fatick à 3863 soit 1,3% de la cible. Sur la base de la moyenne nationale de 919 participants par IPM, le besoin en création d'IPM est de 5 tandis qu'il est de 13 sur la base du décret n°2012-832.
- ❖ La région de Kaffrine n'a pas enregistré d'IPM, cependant en référence à la DASMO, on estime le nombre de salariés de la région de Kaffrine à 1012 soit 0,3% de la cible. Sur la base de la moyenne nationale de 919 participants par IPM, le besoin en création d'IPM est de 2 tandis qu'il est de 3 sur la base du Décret n°2012-832.
- ❖ La région de Kaolack enregistre 4 IPM pour un effectif de 831 participants soit 0,8% de la population totale participant couverte et 15,3% de la cible. En référence à la DASMO qui estime le nombre de salariés de la région de Kaolack à 5446, on relève un gap de couverture pour 4615 travailleurs. Sur la base de la moyenne régionale de 208 participants par IPM, le besoin en création d'IPM est de 22 tandis qu'il est de 5 sur la base de la moyenne nationale et de 15 s'il s'agissait du nombre requis par le Décret n°2012-832 pour assurer une couverture optimale.
- ❖ La région de Kédougou enregistre 1 IPM pour un effectif de 281 participants soit 0,3% de la population totale participant couverte et 15,2% de la cible. En référence à la DASMO qui estime le nombre de salariés de la région de Kédougou à 1844, on relève un gap de couverture pour 1563 travailleurs. Sur la base du nombre de participants dans la région de Kédougou, le besoin en création d'IPM est de 6 tandis qu'il est de 3 sur la base de la moyenne nationale et de 5 s'il s'agissait du nombre requis par le Décret n°2012-832 pour assurer une couverture optimale.

- ❖ La région de Kolda enregistre 2 IPM pour un effectif de 178 participants soit 0,2% de la population totale participant couverte et 9,5% de la cible. En référence à la DASMO qui estime le nombre de salariés de la région de Kolda à 1870, on relève un gap de couverture pour 1692 travailleurs. Sur la base de la moyenne régionale de 89 participants par IPM, le besoin en création d'IPM est de 19 tandis qu'il est de 3 sur la base de la moyenne nationale et de 6 s'il s'agissait du nombre requis par le Décret n°2012-832 pour assurer une couverture optimale.
- ❖ La région de Louga enregistre 1 IPM pour un effectif de 163 participants soit 0,2% de la population totale participant couverte et 5,5% de la cible. En référence à la DASMO qui estime le nombre de salariés de la région de Louga à 2986, on relève un gap de couverture pour 2823 travailleurs. Sur la base du nombre de participants dans la région de Louga, le besoin en création d'IPM est de 17 tandis qu'il est de 4 sur la base de la moyenne nationale et de 9 s'il s'agissait du nombre requis par le Décret n°2012-832 pour assurer une couverture optimale.
- ❖ La région de Matam n'a pas enregistré d'IPM, cependant en référence à la DASMO, on estime le nombre de salariés de la région de Matam à 2114 soit 0,7% de la cible. Sur la base de la moyenne nationale de 919 participants par IPM, le besoin en création d'IPM est de 3 tandis qu'il est de 7 sur la base du Décret n°2012-832.
- ❖ La région de Saint Louis enregistre 5 IPM pour un effectif de 8192 participants soit 7,6% de la population totale participant couverte et 32,7% de la cible. En référence à la DASMO qui estime le nombre de salariés de la région de Saint Louis à 25067, on relève un gap de couverture pour 16875 travailleurs. Sur la base de la moyenne régionale de 1638 participants par IPM, le besoin en création d'IPM est de 10 tandis qu'il est de 18 sur la base de la moyenne nationale et de 56 s'il s'agissait du nombre requis par le Décret n°2012-832 pour assurer une couverture optimale.
- ❖ La région de Sédhiou n'a pas enregistré d'IPM, cependant en référence à la DASMO, on estime le nombre de salariés de la région de Sédhiou à 244 soit 0,1% de la cible. Sur la base du nombre de travailleurs estimé par la DASMO, sur la base de la moyenne nationale et sur la base du Décret n°2012-832, le besoin en création d'IPM est de 1 pour assurer une couverture optimale de la région de Sédhiou.

- ❖ La région de Tambacounda n'a pas enregistré d'IPM, cependant en référence à la DASMO, on estime le nombre de salariés de la région de Tambacounda à 3740 soit 1,2% de la cible. Sur la base de la moyenne nationale de 919 participants par IPM, le besoin en création d'IPM est de 5 tandis qu'il est de 12 sur la base du Décret n°2012-832 pour la région de Tambacounda.
- ❖ La région de Thiès enregistre 10 IPM pour un effectif de 5897 participants soit 5,5% de la population totale participant couverte et 22,5% de la cible. En référence à la DASMO qui estime le nombre de salariés de la région de Thiès à 26214, on relève un gap de couverture pour 20317 travailleurs. Sur la base de la moyenne régionale de 590 participants par IPM, le besoin en création d'IPM est de 34 tandis qu'il est de 22 sur la base de la moyenne nationale et de 68 s'il s'agissait du nombre requis par le Décret n°2012-832 pour assurer une couverture optimale de la région de Thiès.
- ❖ La région de Ziguinchor enregistre 2 IPM pour un effectif de 2064 participants soit 1,9% de la population totale participant couverte et 45,1% de la cible. En référence à la DASMO qui estime le nombre de salariés de la région de Ziguinchor à 4572, on relève un gap de couverture pour 2508 travailleurs. Sur la base de la moyenne régionale de 1032 participants par IPM, le besoin en création d'IPM est de 2 tandis qu'il est de 3 sur la base de la moyenne nationale et de 8 s'il s'agissait du nombre requis par le Décret n°2012-832 pour assurer une couverture optimale de la région de Ziguinchor.

La section qui suit examine la structure des IPM selon l'ancienneté et le statut.

4.1.8. Ancienneté des IPM

Dans l'ensemble, la dynamique de création des IPM remonte à plus de 40 ans et correspond à l'avènement de la loi n°75-50 du 03 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance sociale. Depuis lors, elle connaît un engouement constant symbolisé par le rythme de création aussi bien d'IPM d'entreprise que d'IPM interentreprises. Le tableau 4.1.06 donne la répartition des IPM selon leur niveau d'ancienneté. Il ressort que le tissu actuel des IPM est constitué d'environ 31% d'IPM dont la création remonte à plus de 30 ans, avec environ 29% d'IPM dont l'ancienneté est comprise entre 16 et 30 ans, 27% dont la création remonte entre 2000 et 2010 tandis que 23,1% sont de création récente et ont une ancienneté qui ne dépasse pas 5 années civiles.

Tableau n°4.1.07 : répartition du nombre d'IPM selon l'ancienneté par rapport à la date de l'enquête

Ancienneté	Type d'IPM				ENSEMBLE	
	ENTREPRISE		INTERENTREPRISES			
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Moins d'un an	0	0,0%	3	5,3%	3	2,6%
Un an à 5 ans	14	23,3%	10	17,5%	24	20,5%
6 à 15 ans	18	30,0%	14	24,6%	32	27,4%
16 à 30 ans	13	21,7%	9	15,8%	22	18,8%
31 à 40 ans	15	25,0%	21	36,8%	36	30,8%
Total général	60	100%	57	100%	117	100%

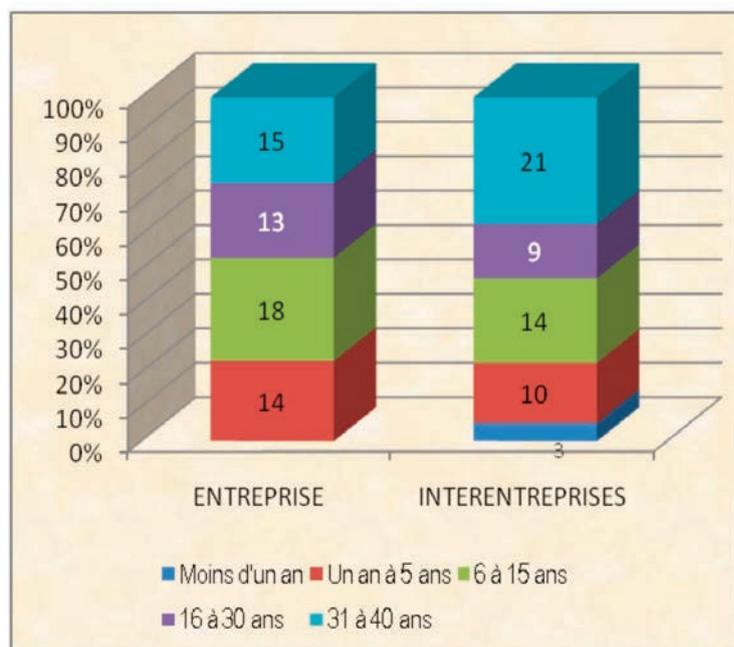
Source : ENIPM 2015 SIAMO 2015

Selon la catégorie d'IPM, on note de légères différences en termes d'ancienneté.

Les IPM d'entreprise comportent une proportion de jeunes IPM plus importante avec environ 53% dont

la création remonte au cours des 15 dernières années; en comparaison, ce pourcentage est de 47,4% pour les IPM interentreprises. Cependant, on peut relever que les toutes dernières créations d'IPM recensées concernent cette dernière catégorie tel que mis en évidence dans le graphique n°4.1.07.

Graphique n° 4.1.03 : Structure des IPM selon l'ancienneté par type



Source : ENIPM 2015, tableau n° 4. 1.06 supra

Ce constat de durabilité pourrait aussi être associé avec le degré de maîtrise des paramètres qui organisent le fonctionnement des IPM. Il pourrait ainsi constituer un indicateur de crédibilité de la majeure partie des IPM qui, au regard de leur ancienneté, pourraient constituer des exemples de bonne pratique en termes de gestion et de garantie de solvabilité.

En outre, les IPM interentreprises semblent afficher une meilleure capacité de survie. Ceci peut être

due au fait que leur survie est moins liée à celle de l'entreprise adhérente, car l'Institution pouvant continuer d'exister avec les entreprises non affectées par un éventuel « choc » : ce qui en amortirait l'incidence. Il apparaît, par conséquent, qu'elles font preuve de plus de résilience face aux « chocs » résultant de la fermeture d'une entreprise adhérente ; ce qui n'est pas toujours le cas pour les IPM d'entreprise dont la survie reste étroitement liée à celle de l'entreprise de rattachement : une fermeture d'établissement entraînant automatiquement celle de l'IPM adossée.

En revanche, une IPM interentreprises en crise aurait un impact plus lourd sur les participants et sur les adhérents en raison de l'émiettement qu'elle occasionnerait sur la population sociale couverte. Son incidence serait d'autant plus grande sur le niveau de couverture qu'elle dispose d'une ancienneté plus grande. Ceci est bien reflété dans le tableau 4.08 qui examine l'ancienneté en rapport avec le niveau d'adhésion des entreprises.

Tableau n°4.1. 08 : répartition des entreprises adhérentes selon la nature et l'ancienneté des IPM

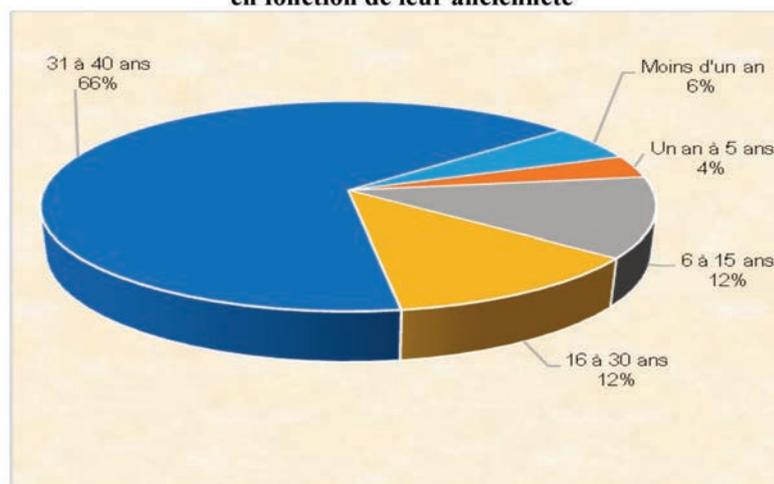
Ancienneté	IPM d'entreprises		IPM interentreprises		Ensemble	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Moins d'un an	0	0,0%	98	5,7%	98	5,5%
Un an à 5 ans	14	23,3%	47	2,8%	61	3,5%
6 à 15 ans	18	30,0%	201	11,8%	219	12,4%
16 à 30 ans	13	21,7%	205	12,0%	218	12,3%
31 à 40 ans	15	25,0%	1155	67,7%	1170	66,3%
Total général	60	100%	1706	100%	1766	100%

Source : ENIPM 2015 SIAMO 2015

En comparaison, il apparaît que les IPM interentreprises de création ancienne concentrent environ 68% des entreprises adhérentes tandis que les jeunes IPM font état d'une capacité d'absorption assez modeste.

Graphique n° 1.04 : Niveau d'absorption des entreprises par les IPM en fonction de leur ancienneté

Graphique n° 1.04 : Niveau d'absorption des entreprises par les IPM en fonction de leur ancienneté



Source : Tableau 4.08, supra

Dans l'ensemble, plus l'IPM est ancienne, plus forte est la concentration d'entreprises qui y ont adhéré.

Comme le souligne le graphique ci-contre, près des 2 tiers des entreprises actuelles ont adhéré à des IPM dont la création remonte à plus de 30 ans pendant que les IPM dont l'ancienneté est comprise entre 16 et 30 ans

accueillent 12% des entreprises affiliées. On note un taux d'affiliation similaire d'entreprises auprès des IPM âgées de 6 à 15 ans.

Dans ce secteur en croissance, les IPM de création toute récente (5 dernières années) parviennent à capter environ 10% des entreprises désirant adhérer à une IPM.

Conclusion partielle

Le secteur des IPM connaît une croissance soutenue depuis une quarantaine d'années avec une dynamique de création régulière intimement liée à la création d'entreprises. Cependant, le maillage du territoire présente encore quelques insuffisances qui pourraient être corrigées grâce à un élargissement de leur champ d'action et de localisation.

En l'état actuel, la densité des IPM reste encore trop faible pour pouvoir prendre adéquatement en charge les besoins immenses qui existent sur le marché du travail. A la limite, au regard des indicateurs de couverture définis, il faudrait augmenter considérablement le nombre des IPM pour pouvoir prétendre assurer une prise en charge optimale des besoins de couverture sociale.

Le secteur trouve sa force dans l'existence d'IPM dotées d'une grande expérience résultant de leur niveau d'ancienneté. Cette ancienneté de l'IPM semble agir, en définitive, comme un indicateur de crédibilité pour l'adhésion à une IPM puisque les plus anciennes demeurent celles qui opèrent comme une sorte de « référence » dans le milieu ; ce qui leur confère une attractivité différentielle qui leur vaut, en plus, l'adhésion de la majorité des entreprises qui souhaitent accéder à une prise en charge de l'assurance maladie.

Le secteur des IPM apparaît aussi fortement articulé à la dynamique de création d'entreprises et d'emplois. C'est donc un secteur d'accompagnement qui permet aussi d'avoir une certaine lisibilité de la dynamique du marché du travail, en ce sens qu'il permet de prendre en charge des besoins spécifiques des travailleurs et de leurs familles. C'est justement par rapport à cette dimension sociale que le secteur peut comporter une certaine vulnérabilité et mérite à ce titre un regain d'attention. En outre, les IPM interentreprises semblent afficher une meilleure capacité de survie du fait que leur existence est moins liée à celle de l'entreprise adhérente.

De plus, compte tenu du fait qu'elles enregistrent un niveau d'absorption plus grand, ces Institutions devraient faire l'objet d'une attention (et d'une protection) particulière. Il existe donc un potentiel de développement certain de l'Institution de Prévoyance Maladie si on parvient à y promouvoir une gestion saine et vertueuse. Pour ce faire, il est aussi important que les paramètres techniques de leur gestion soient maîtrisés. La section qui suit met en lumière les indicateurs y afférents.

SECTION 4.2 : BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS SERVIES PAR LES IPM

Les bénéficiaires de prestations constituent la population sociale couverte par les IPM. Celle-ci comprend 3 catégories que sont les travailleurs salariés (appelés aussi participants), les conjoints et les enfants mineurs de ces mêmes travailleurs. Les participants s'acquittent de cotisations et, en retour, bénéficient de services de santé pour eux-mêmes, pour leurs conjoints et pour leurs enfants « *au sens du régime de prestations familiales* » à savoir ceux qui n'ont pas atteint l'âge de la majorité, soit 21 ans au Sénégal.

En 2014, la population sociale couverte par les IPM avait atteint 302915 bénéficiaires répartis entre les trois catégories de bénéficiaires. Le tableau n°4.2.01 donne la situation des bénéficiaires de prestations servies par les IPM, sur la période 2012-2014.

Tableau n°4.2.01 : Evolution du nombre de bénéficiaires selon la catégorie

Sur la même période, le nombre de bénéficiaires couverts par les IPM a augmenté régulièrement, passant de 282123 en 2012 à 302915 en 2014. L'évolution est caractérisée par deux dynamiques distinctes :

- 1 une augmentation soutenue du nombre de participants durant cette période et dont l'incidence a été une hausse substantielle du nombre des conjoints bénéficiaires dont les

CATEGORIE		2014	2013	2012	
Participants (salariés /cotisants)	Hommes	92022	83808	83509	
	Femmes	15546	13218	12746	
	Ensemble	107568	97026	96255	
Conjoints	Épouses	45527	38512	37609	
	Époux	6755	5714	5580	
	Ensemble	52283	44226	43189	
Enfants en charge	moins de 5 ans	Garçons	26827	30751	29363
		Filles	25550	29288	27966
		Ensemble	52377	60039	57329
	5 - 21 ans	Garçons	46449	40981	43716
		Filles	44238	39030	41634
		Ensemble	90687	80011	85350
	Sous-total		Enfants	143064	140050
TOTAL			302915	281302	282123
Taux de prise en charge (conjoints + enfants)/ participants			1,6	1,7	1,7

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

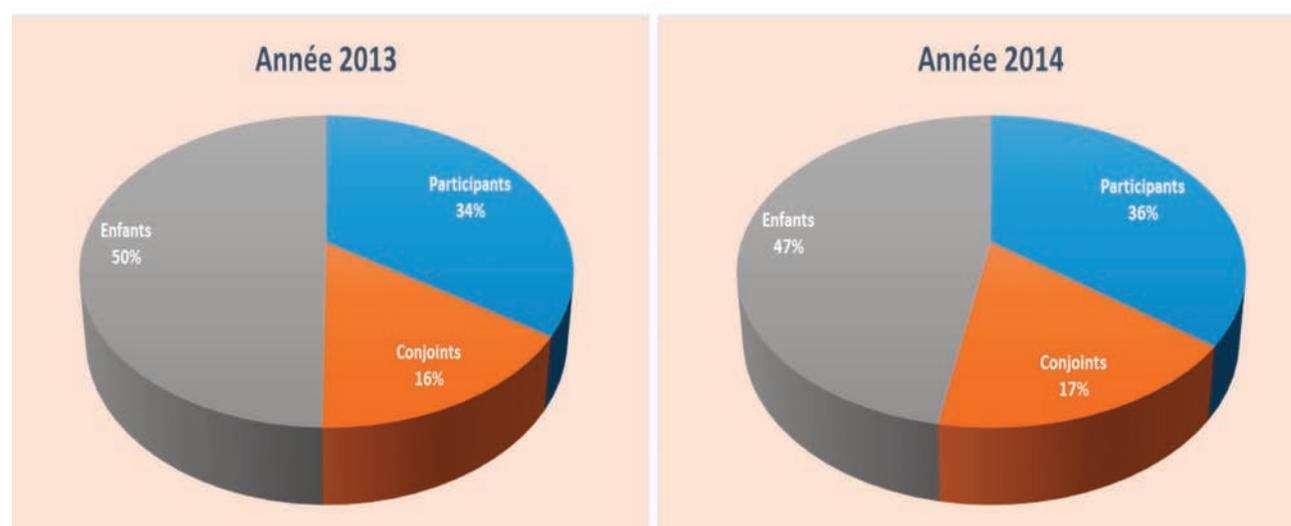
effectifs s'accroissent de manière continue, quel que soit le sexe. Toutefois, il faut relever ici que l'accroissement notable constaté chez les salariés de sexe féminin (+472 cotisantes entre 2012 et 2013 et + 2328 entre 2013 et 2014) s'est traduit par une prise en charge plus conséquente de leurs conjoints dont les effectifs couverts augmentent de 7015 individus alors que cette prise en charge n'avait varié que de 903 bénéficiaires supplémentaires entre 2012 et 2013

2 une évolution en dents de scie de la cible des enfants selon la catégorie d'âge. On note une hausse du nombre d'enfants de moins de 5 ans couverts entre 2012 et 2013, suivie d'une contraction entre 2013 et 2014, de l'ordre de -7662 individus. Cette baisse est compensée largement par un accroissement de la population d'enfants dont l'âge est compris entre 5 et 21 ans (soit +10676). Il s'agit d'une nouvelle dynamique qui pourrait être attribuée à 2 phénomènes concomitants, à savoir : (1) le passage des enfants âgés de moins de 5 ans à la tranche d'âge supérieure et, d'autre part, l'insertion directe d'une population d'enfants légèrement plus âgés parmi les bénéficiaires ; ce qui pourrait signifier que parmi les nouveaux participants qui intègrent les IPM en 2014, figureraient des salariés (cotisants) relativement plus âgés et disposant de famille plus grande.

Dans l'ensemble, la variation récente de la population sociale reste substantielle en 2014 car on enregistre une augmentation de 21613 bénéficiaires en une seule année. La part des participants (cotisants) parmi les bénéficiaires s'est également renforcée dans le même temps pour atteindre 35,5% de la population sociale couverte en 2014, ceci après avoir stagné entre 2012 et 2013 autour de 34,5%, soit un taux de prise de charge de 1 participant pour 2 bénéficiaires supplémentaire. Il en résulte donc une amélioration légère de la capacité de prise en charge, comme l'atteste le ratio de population sociale à charge figurant au bas du tableau ; ce ratio connaît en 2014 une légère baisse (soit 1,6 bénéficiaires pour 1 salarié) par rapport aux années précédentes où il a stagné à 1,7 bénéficiaires pour 1 participant.

Cette situation est reflétée dans la dernière ligne du tableau ci-dessus et repris dans les graphiques suivants, à travers une comparaison du poids de chacune des catégories de bénéficiaires dans la population sociale couverte par les IPM en 2013 et en 2014. (Indicateur CIPRES)

Graphique n°4.2.01 : Répartition des bénéficiaires par catégorie en 2013 et 2014



Ainsi, la situation de 2014 traduit une baisse de la proportion d'enfants à charge dans les IPM (soit 47% en 2014 contre 50% en 2013 et 51% en 2012) avec l'augmentation de la part des cotisants. Elle reste aussi marquée par une augmentation de la proportion des conjoints à prendre en charge (17% en 2014 contre 16% en 2013). Cette situation ainsi que celle décrite précédemment pourraient « impacter » sur le type de prestations délivrées par les IPM à leurs bénéficiaires ainsi que dans leurs prévisions de dépenses, du fait de la spécificité des besoins liés à ces catégories de bénéficiaires.

Cette variation pour l'année 2014 est pratiquement la même pour les autres années

Tableau n°4. 2.02: Répartition des bénéficiaires en 2014 selon l'objet et par type d'IPM

CATEGORIE		IPM D'ENTREPRISE	%	IPM INTERENTREPRISES	%	TOTAL	
Participants (salariés /cotisants)	Hommes	43186	57,6%	48836	21,4%	92022	
	Femmes	7394	9,9%	8152	3,6%	15546	
	Ensemble	50580	63,3%	56988	25,0%	107568	
Conjoints	Épouses	5683	7,6%	39844	17,5%	45527	
	Époux	843	1,1%	5912	2,6%	6755	
	Ensemble	6527	8,7%	45756	20,1%	52283	
Enfants	moins de 5 ans	Garçons	3349	4,5%	23478	10,3%	26827
		Filles	3190	4,3%	22360	9,8%	25550
		Ensemble	6539	8,7%	45838	20,1%	52377
	5 - 21 ans	Garçons	5799	7,7%	40651	17,8%	46450
		Filles	5523	7,4%	38715	17,0%	44238
		Ensemble	11321	15,1%	79366	34,8%	90687
TOTAL		74967	100%	227948	100%	302915	
Nombre d'adhérents (entreprises)		60		57		117	
Taux de participation (cotisants/IPM)		843		1000		919	
Taux de prise en charge (population sociale moyenne)		943		3799		2589	
Indice de prise en charge (Participants/autres bénéficiaires)		1		3		2	

En 2014, les 60 IPM d'entreprise ont pris en charge environ 75.000 bénéficiaires, soit 24,7% de la population sociale. Il en résulte que plus de 75% de la population sociale couverte par les IPM est prise en charge par les IPM interentreprises ; ce qui confère à ce type d'IPM une capacité de prise en charge 3 fois supérieure. Le taux de participation par type d'IPM donne une moyenne de 843 salariés par IPM d'entreprise contre 1000 cotisants pour une IPM interentreprises. La population sociale moyenne couverte par IPM est estimée à 2589 bénéficiaires.

Sur le plan de la répartition par catégorie de bénéficiaires, comme du point de vue de la structure par sexe, les IPM affichent une structure quasi identique quel que soit le type d'IPM considéré. Ainsi, parmi les participants on compte 14,6% de cotisants de sexe féminin, soit environ 6 fois plus de participants hommes. Les femmes, au total, sont 2 fois plus représentées dans la population sociale avec 29,8%. Par

contre, les hommes représentent 85,4% parmi les participants contre 70,2% dans la population sociale.

Il ressort de l'étude que les 107568 participants constituent 35,5% de la population sociale en 2014 et que les enfants de moins de 5 ans occupent une proportion de 17% et 30% pour ceux entre 5 et 21 ans. En somme, les enfants de moins de 21 ans constituent 47,23% de la population sociale des IPM.

SECTION 4.3 : SITUATION FINANCIERE ET GESTION TECHNIQUE

4.3.1. Encaissements

4.3.1.1 Nature des encaissements effectués par les IPM et évolution récente

La partie « encaissements / ressources » est constituée des rentrées de ressources financières notamment des cotisations, des remboursements des bénéficiaires, des donations, des legs et subventions ainsi que des réserves détenues, des produits des placements financiers.

Le tableau n°4.3.01 donne la répartition des montants encaissés par les IPM selon l'objet, de 2012 à 2014.

Tableau n°4. 3.01 : Répartition des sommes encaissées selon l'objet et par année

Nature des encaissements	Année 2014		Année 2013		Année 2012		Taux d'évolution	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	2013-2014	2012-2013
Cotisations (salariés - employeurs)	10 217 564 649	63,3%	8 838 423 871	60,4%	8 795 663 614	63,4%	15,6%	0,49%
Remboursements bénéficiaires	4 460 077 343	27,6%	4 475 769 613	30,6%	3 883 348 920	28,0%	-0,3%	15,26%
Dons, legs et subventions reçues	626 168 530	3,9%	481 418 118	3,3%	473 040 424	3,4%	30,1%	1,77%
Réserves détenues	495 044 381	3,1%	425 911 171	2,9%	469 714 986	3,4%	16,2%	-9,33%
Produits et placements financiers	36 656 315	0,2%	36 681 018	0,2%	31 763 124	0,2%	-0,1%	15,48%
Autres encaissements	293 244 652	1,8%	370 917 707	2,5%	217 594 069	1,6%	-20,9%	70,46%
Total général	16 128 755 870	100%	14 629 121 498	100%	13 871 125 137	100%	10,25%	5,46%

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTD SOPRI

Les résultats de l'ENIPM révèlent ainsi que les cotisations des employeurs (adhérents) et celles des salariés (participants) fournissent l'essentiel des ressources financières des IPM (plus de 60%) et ceci quelle que soit l'année considérée. Les remboursements des bénéficiaires constituent la deuxième source d'apports pour les IPM (28 à 30%) tandis que les dons, legs et subventions occupent la 3^{ème} place avec une contribution moyenne de 3%.

Sur la période 2012-2014, les sommes ainsi mobilisées par les IPM ont évolué constamment, à raison de 5,46% entre 2012 et 2013 et 10,25% entre 2013 et 2014. Entre 2013 et 2014, la progression est beaucoup plus substantielle pour les « dons, legs et subventions reçues » (30%), suivis des réserves détenues (+16%) et, non des moindres, des cotisations (15%). Par contre, les produits et placements financiers et surtout les autres encaissements (adhésions, cotisations, cessions d'immobilisation, dépôts à termes, autres produits, refacturations,...) ont stagné voire fléchi après avoir connu une hausse l'année d'avant.

Un examen plus approfondi de ces mouvements permet de déceler des différences selon le type d'IPM.

4.3.1.2 Analyse différentielle des encaissements selon le type d'IPM

Le tableau n° 4.3.02 ci-dessous donne la répartition des sommes encaissées par les IPM en 2014 selon l'objet et par type. Au total, 57% des encaissements reviennent aux IPM d'entreprise contre 42,3% pour les IPM interentreprises. Pour ce qui est de la répartition par nature d'encaissement, les cotisations et les remboursements des bénéficiaires (quote part des participants) occupent les deux premières places aussi bien au niveau des IPM d'entreprise que chez les IPM interentreprises. Par contre les donations, legs et subventions reçues occupent la troisième place au niveau des IPM d'entreprise alors qu'au niveau des IPM interentreprises, ce sont les réserves détenues qui constituent la 3^{ème} ressource.

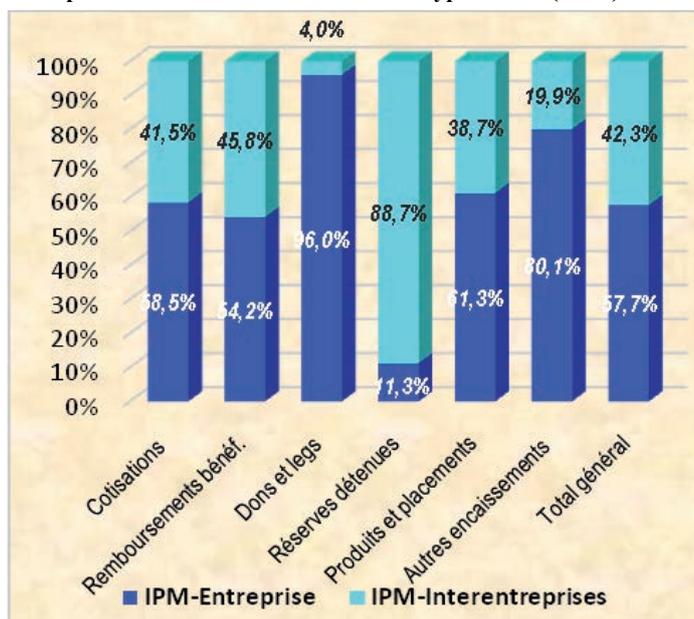
Sur la période 2012-2014, le volume global des sommes encaissées augmente régulièrement pour l'ensemble des types d'IPM. Il est passé d'environ 13,9 milliards en 2012 à plus de 14,6 milliards FCFA en 2013. En 2014, le montant des encaissements dépasse seize (16) milliards FCFA, soit une dynamique de croissance de 10,3% pour l'année.

Tableau n° 4.3.02 : Evolution des sommes encaissées de 2012 à 2014 selon l'objet et par type d'IPM (en milliers FCFA)

Nature des encaissements	Année 2014				Année 2013				Année 2012			
	ENTREPRISE	%	INTER ENTREPRISES	%	ENTREPRISE	%	INTER ENTREPRISES	%	ENTREPRISE	%	INTER ENTREPRISES	%
Cotisations employés - employeurs)	5980564	64,2%	4237001	62,2%	5251109	63,2%	3587315	56,8%	5210101	65,2%	3585563	61,0%
Remboursements bénéficiaires	2417632	26,0%	2042446	30,0%	2232071	26,9%	2243698	35,5%	2064435	25,8%	1818914	30,9%
Dons, legs et subventions	601233	6,5%	24935	0,4%	453285	5,5%	28133	0,4%	444714	5,6%	28326	0,5%
Réserves détenues	55807	0,6%	439238	6,4%	34799	0,4%	391113	6,2%	67064	0,8%	402651	6,8%
Produits et placements financiers	22453	0,2%	14204	0,2%	24898	0,3%	11783	0,2%	20254	0,3%	11509	0,2%
Autres encaissements	234893	2,5%	58352	0,9%	314133	3,8%	56784	0,9%	183912	2,3%	33682	0,6%
Total général	9312582	100,0%	6816174	100,0%	8310296	100,0%	6318826	100,0%	7990481	100,0%	5880644	100,0%

Source : ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTD SOPRI

Graphique 4.3.01: Structure des ressources mobilisées en 2014 par nature d'encaissement selon le type d'IPM (en %)



Source : tableau

Dans l'ensemble, il ressort que, quelle que soit l'année considérée, les sommes encaissées au niveau des IPM d'entreprise (près de 57%) restent toujours plus consistantes que celles mobilisées par les IPM Interentreprises (plus de 42%), notamment pour les cotisations des participants et des adhérents, les remboursements reçus des bénéficiaires, les dons, legs et subventions, les produits de placement et les autres types d'encaissements.

En revanche, les IPM interentreprises se distinguent par le volume des « réserves détenues » (soit environ 89% des disponibilités) et, dans une moindre mesure, par le poids plus important qu'occupe le poste « remboursement de bénéficiaires » dans leurs encaissements (entre 5% et 9% de plus). Cette situation trouve une justification logique dans le fait que ce type d'IPM concentre une population sociale 25 fois plus importante (cf. tableau n°4.2.02 page supra) et, par conséquent, dispose, avec les cotisations, d'une base de recettes fixe et plus sûre.

Par contre, sur les ressources de nature aléatoire (non prévisibles), les IPM interentreprises éprouvent plus de limites et affichent une compétitivité plus réduite. Ce handicap transparait dans le volume de « *dons, legs ou subventions reçues* » qui révèle que les IPM interentreprises tendent à bénéficier de moins de subsides provenant de libéralités et, notamment, de subventions des employeurs ou des entreprises adhérentes (4% contre 96% pour les IPM d'entreprise).

De même, malgré un volume plus important de « *réserves détenues* » par les IPM interentreprises, les ressources que celles-ci tirent des « *produits et placements financiers* » sont 1 fois et demie à 2 fois moins consistantes que ce que peuvent en retirer les IPM d'entreprise. Cette situation pourrait s'expliquer par les choix de placements moins judicieux et, par conséquent, un déficit en conseils pour mieux orienter les choix d'investissements vers des créneaux plus rentables.

Enfin, il faut signaler que l'éventail des sources d'encaissements additionnelles restent plus limité pour les IPM interentreprises ou, du moins, moins productif. Sur la rubrique « *autres encaissements* », elles collectent moins de 1% de leurs recettes, ce qui équivaut à environ 20% des ressources mobilisables ; le reste étant « capté » par les IPM d'entreprise (soit l'équivalent de 235 millions FCFA en 2014 et 314 millions FCFA en 2013).

4.3.1.3 Volume des encaissements selon la région de localisation et évolution récente

Le tableau n°4.3.04 ci-dessous présente la situation des encaissements par région ainsi que leur évolution entre 2012 et 2014.

Tableau n° 4.3.04 : Evolution des sommes encaissées par les IPM selon la région de localisation de 2012 à 2014

Régions	Année 2014		Année 2013		Année 2012		Evolution 2013-2014 (% ligne)	Evolution 2012-2013 (% ligne)
	Montant	%colonne	Montant	%colonne	Montant	%colonne		
Dakar	14 369 097 831	89,1%	13 129 086 207	89,7%	12 504 100 797	90,1%	9,4%	5,0%
Kaolack	117 951 934	0,7%	102 995 285	0,7%	89 230 618	0,6%	14,5%	15,4%
Kolda	17 285 907	0,1%	17 725 835	0,1%	19 343 471	0,1%	-2,5%	-8,4%
Louga	12 905 059	0,1%	12 034 109	0,1%	12 071 966	0,1%	7,2%	-0,3%
Saint Louis	636 636 974	3,9%	606 161 765	4,1%	559 307 682	4,0%	5,0%	8,4%
Thiès	789 851 895	4,9%	580 850 696	4,0%	511 209 892	3,7%	36,0%	13,6%
Ziguinchor	185 026 270	1,1%	180 267 601	1,2%	175 860 711	1,3%	2,6%	2,5%
Total général	16 128 755 870	100,0%	14 629 121 498	100,0%	13 871 125 137	100,0%	10,3%	5,5%

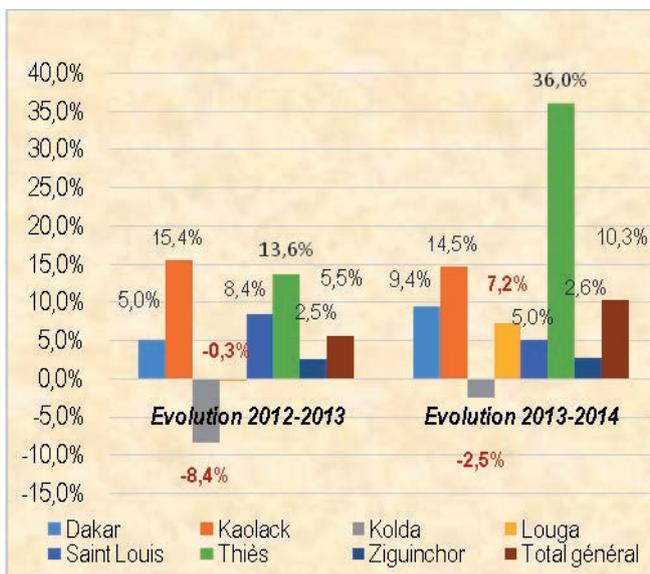
Source : ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Il ressort que, quelle que soit l'année, les sommes collectées par les IPM de la région de Dakar représentent la quasi-totalité du montant (plus de 89%) des encaissements

reçus. Ce qui, du reste, se justifie par la forte concentration des IPM dans cette région. Les régions de Saint-Louis et de Thiès suivent de très près ; cependant, celle de Thiès affiche une croissance plus soutenue qui lui permet de se hisser, en 2014, au 2^{ème} rang des encaissements reçus.

Dans l'ensemble, le volume des encaissements réalisés reste en constante évolution depuis 2012, excepté pour les régions de Kolda et de Louga qui affichent par moment une baisse de performances : dans la région de Kolda, la tendance à la baisse s'est installée depuis 2012, avec un volume d'encaissements qui passe de 19,4 millions FCFA à moins de 17,3 millions FCFA.

Graphique n° 4.3.02: Evolution des décaissements réalisés par les IPM selon la région de localisation de l'IPM



Source : Tableau supra, dernières colonnes

Pour la région de Louga, cette baisse est observée seulement entre 2012 et 2013 (soit -0,3%) : elle a été compensée, par la suite, par une hausse de plus de 7% entre 2013 et 2014.

En définitive, l'environnement des IPM s'est bien comporté avec une dynamique d'encaissements soutenue et qui s'étend à presque toutes les régions. En outre, les évolutions les plus notables entre 2013 et 2014 sont observées au niveau des IPM implantées dans les régions de Thiès

(36%), Kaolack (14,5%), Dakar (9,4%) et de Saint-Louis (5,0%) comme le montre le graphique ci-contre.

Conclusion partielle

Sur la base des réponses obtenues, le système de gestion des IPM parvient à mettre en œuvre des moyens de mobilisation de ressources plus ou moins stables fondés sur une structure de contributions variables mais présentant de légères disparités selon les types d'IPM. Les IPM d'entreprise (ou autonomes) présentent, en termes d'encaissement, une situation financière plus confortable avec un volume de recettes supérieur ainsi qu'un volume plus important de cotisations et de remboursement des bénéficiaires. Elles bénéficient aussi d'un « capital de soutien » plus relevé qui leur permet d'accéder à plus d'opportunités (comme les dons, legs et subventions ou d'autres formes d'encaissements) mais affichent une tendance plus faible à la constitution de fonds de réserve.

Les IPM interentreprises, pour leur part, font état d'un effort de participation au financement moins grand aussi bien pour mobiliser les cotisations des salariés et employeurs que pour recouvrer les dettes dues par les bénéficiaires (remboursements, notamment), ce qui peut être paradoxal compte tenu des effectifs de participants et de la population sociale que cette catégorie d'IPM est en droit de couvrir²⁵.

En retour, ces IPM interentreprises parviennent à constituer des fonds de réserves assez conséquents mais restent moins portées à faire fructifier à travers une diversification des produits et/ou par des placements. Une option dans ce sens devrait permettre à ces types d'IPM de mieux valoriser les ressources ainsi disponibles dans des créneaux d'investissements porteurs. A défaut, et comme le recommande le décret n°2012-832 du 07 août 2012 en son article 17 in fine, elles pourraient utiliser ce capital pour augmenter le niveau de prise en charge des prestations médicales servies à leurs bénéficiaires ou pour diminuer le taux de cotisation. Ce qui serait plus conforme à l'esprit de solidarité qui fonde l'existence des IPM.

La section qui suit examine une autre composante de la situation financière des IPM : celle des décaissements opérés.

4.3.2 Situation des décaissements au niveau des ipm

Les décaissements /dépenses sont constitués essentiellement des postes concernant les règlements des fournisseurs de soins, les salaires, les dépenses de fonctionnement, les remboursements au profit des bénéficiaires, les impôts, les cotisations au niveau de l'IPRES et de la Caisse de Sécurité Sociale et les remboursements contre facture.

Entre 2012 et 2014, le volume des décaissements est passé de près de 12 milliards FCFA à plus 13 milliards FCFA, soit une augmentation de 10,4% durant cette période. Les décaissements ont évolué d'abord de manière timide entre 2012 et 2013 de 1,3% ; par la suite, ils ont connu un bond entre 2013 et 2014, avec un taux de progression de 7%.

²⁵ Cette limite pourrait s'expliquer, d'une part, par un problème de qualité de données lié à l'importance du taux de non-réponses au niveau des IPM interentreprises : ce qui se traduirait par une perte d'informations plus ou moins importante sur la dynamique de ces institutions. Il peut aussi être lié, d'autre part, à la structure et à la qualité du personnel salarié des IPM autonomes (ou d'entreprises) et à la présence, parmi eux, de personnel bénéficiant de plafonds de salaire plus élevés (cadres d'entreprise) et, par conséquent d'une assiette de calcul des cotisations plus grande : ce qui peut se traduire par un différentiel important dans le volume des cotisations ou de remboursements encaissés. Il peut, enfin, découler d'une meilleure tenue de la comptabilité de l'IPM chez celles de type autonome qui permet d'être en mesure de pouvoir renseigner, adéquatement et à tout moment, sur la situation financière de l'institution.

4.3.2.1 Nature et évolution récente des décaissements effectués par les IPM

Le tableau n° 4.3.05 ci-dessous donne la répartition ainsi que l'évolution des sommes décaissées selon l'objet et par année.

Tableau n° 4.3.05 : Répartition et évolution des sommes décaissées selon l'objet et par année

Nature des décaissements	Année 2014	%	Année 2013	%	Année 2012	%	Taux 2013-2014	Taux 2013-2014
Règlement fournisseurs soins	11 467 336 006	86,60%	10 770 687 934	88,70%	10 549 804 394	88,00%	6,50%	2,10%
Salaires	669 782 515	5,10%	621 123 273	5,10%	583 518 165	4,90%	7,80%	6,40%
Dépenses de fonctionnement	267 738 705	2,00%	177 547 870	1,50%	210 207 805	1,80%	50,80%	-15,50
Agios et frais financiers	36 206 358	0,30%	27 842 909	0,20%	27 385 745	0,20%	30,00%	1,70%
Remboursements bénéficiaires	183 818 775	1,39%	120 846 690	0,99%	95 593 779	0,80%	52,1%	25,1%
Impôts	74 629 158	0,60%	61 065 093	0,50%	74 487 511	0,60%	22,20%	-18,00%
IPRES	51 347 580	0,40%	48 222 324	0,40%	49 591 328	0,40%	6,50%	-2,80%
CSS	51 741 691	0,40%	8 676 186	0,10%	11 944 704	0,10%	496,40%	-27,40%
Autres décaissements	441 627 119	3,30%	312 422 676	2,60%	390 681 720	3,30%	41,40%	-20,00%
Total général	13 244 227 907	100,00%	12 148 434 955	100,00%	11 993 215 151	100,00%	9,00%	1,30%

Comme il ressort du tableau précédent, les motifs de décaissements effectués par les IPM sont beaucoup plus liés aux règlements de fournisseurs de soins, au paiement de salaires, aux dépenses de fonctionnement et, non des moindres, aux remboursements IPM contre facture.

Les « *règlements de fournisseurs de soins* » justifient environ 86,6% des montants décaissés en 2014. Le volume de ces dépenses reste en constante évolution depuis 2012, avec une croissance nette de 8,6% sur la période. Leur part dans les décaissements a connu une légère baisse d'intensité en 2014 par rapport aux années 2013 et 2012 où elle avait atteint plus de 88% des déboursements.

La masse salariale constitue le 2^{ème} poste de décaissement après celui destiné aux « *règlements des fournisseurs de soins* » avec un niveau, cependant, de loin inférieur. Les IPM y ont consacré, en tout, près de 670 millions FCFA en 2014 (soit 17 fois moins). Les ressources allouées à ce poste sont également en augmentation même si, en valeur relative, leur part dans le volume des décaissements semble stagner, en 2014 comme en 2013, autour de 5,1%. La masse salariale s'est accrue de 6,4% entre 2012 et 2013 et de 7,8% entre 2013 et 2014.

Quant aux « *dépenses de fonctionnement* », elles arrivent à la 3^{ème} place en terme de volume, avec 2% des décaissements absorbés en 2014 soit environ 268 millions FCFA. Le volume de ces dépenses a augmenté de 50,8% en 2014 par rapport à son niveau de 2013, après avoir connu une baisse de l'ordre de -15,5% entre 2012 et 2013.

Pour ce qui est du poste « *remboursements IPM contre facture* », il a absorbé plus de 170 millions FCFA en 2014, soit 1,3% du montant des décaissements de l'année. Son volume reste aussi en progression constante tout comme son poids dans les décaissements. Sur la période 2012-2014, ce poste s'est plus que renforcé : les décaissements ont augmenté de 49,4% entre 2013 et 2014 et de 26,5% entre 2012 et 2013.

On relève cette même tendance à la consolidation dans d'autres postes comme les « *agios et frais financiers* » et les « *remboursements au profit des bénéficiaires* » qui se sont vu allouer plus de dotations, sur la période. Cependant, les « *cotisations à la Caisse de Sécurité sociale* » (CSS) constituent le poste de décaissements qui a connu la plus forte impulsion en 2014 : les IPM y ont mis 5 fois plus de ressources en 2014 qu'en 2013, soit un taux de progression de 496,4% qui marque certainement une volonté de procéder à des régularisations.

Enfin, il faut relever que « *d'autres types de décaissements* », de natures disparates, sont effectués par les IPM et dont le cumul conduit à des montants qui peuvent être assez substantiels : sur la période, le volume cumulé de décaissements opérés pour cette nomenclature avoisine, voire dépasse 3% du montant total, soit plus de 441 millions FCFA.

La section qui suit examine la structure de ces décaissements sur la période 2012-2014, par type d'IPM et selon l'objet du décaissement.

4.3.2.2 Nature et évolution des décaissements opérés selon le type d'IPM

Le tableau 4.3.06 examine les décaissements de manière différenciée, en fonction du type d'IPM en présence et selon l'année d'exercice.

Tableau n°4.3.06 : Répartition des sommes décaissées de 2012 à 2014 selon l'objet et par type d'IPM

Nature des décaissements	2014			2013			2012					
	ENTREPRISE	%	INTERENTREPRISES	%	ENTREPRISE	%	INTERENTREPRISES	%	ENTREPRISE	%	INTERENTREPRISES	%
Règlement fournisseurs soins	7 235 302 743	92,6%	4 232 033 263	77,9%	6 102 126 459	92,4%	4 668 561 475	84,2%	6 462 313 300	92,9%	4 087 491 094	81,2%
Salaires	274 869 422	3,5%	394 913 093	7,3%	249 475 547	3,8%	371 647 726	6,7%	252 046 798	3,6%	331 471 367	6,6%
Dépenses de fonctionnement	117 989 448	1,5%	149 749 257	2,8%	90 848 472	1,4%	86 699 398	1,6%	80 562 197	1,2%	129 645 608	2,6%
Agios et frais financiers	16 077 993	0,2%	20 128 365	0,4%	15 935 558	0,2%	11 907 351	0,2%	14 271 176	0,2%	13 114 569	0,3%
Remboursements bénéficiaires	963 880	0,0%	12 488 785	0,2%	1 013 495	0,0%	5 806 024	0,1%	1 745 230	0,0%	3 707 938	0,1%
Impôts	32 305 552	0,4%	42 323 606	0,8%	28 063 519	0,4%	33 001 574	0,6%	35 142 335	0,5%	39 345 176	0,8%
IPRES	20 385 266	0,3%	30 962 314	0,6%	18 472 853	0,3%	29 749 471	0,5%	18 274 685	0,3%	31 316 643	0,6%
CSS	3 256 604	0,0%	48 485 087	0,9%	2 633 704	0,0%	6 042 482	0,1%	6 384 642	0,1%	5 560 062	0,1%
Remboursements IPM contre facture	85 805 592	1,1%	84 560 518	1,6%	50 197 942	0,8%	63 829 229	1,2%	48 662 218	0,7%	41 478 393	0,8%
Autres décaissements	25 215 677	0,3%	416 411 442	7,7%	42 877 903	0,6%	269 544 773	4,9%	38 468 442	0,6%	352 213 278	7,0%
Total général	7 812 172 177	100,0 %	5 432 055 730	100,0 %	6 601 645 452	100,0 %	5 546 789 503	100,0 %	6 957 871 023	100,0 %	5 035 344 128	100,0 %

Source:

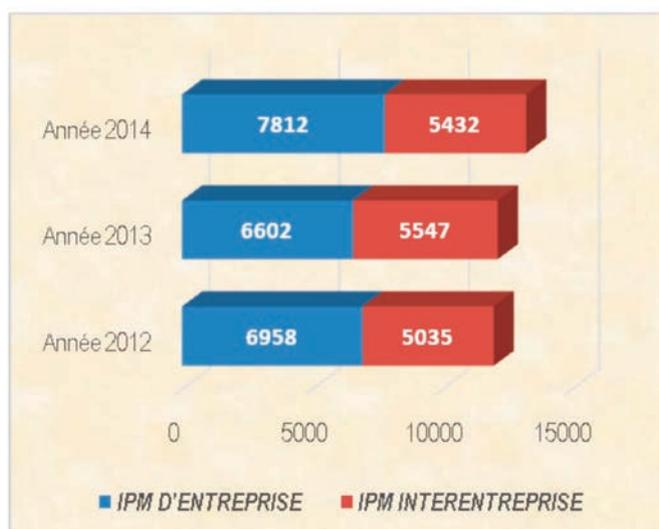
ENIPM

2015,

DPS-DSTE,

MTDSOP

Graphique 4.3.03: Evolution du montant des décaissements effectués selon le type d'IPM (en millions FCFA)



Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Comme le souligne le graphique ci-contre, il apparaît que, quelle que soit l'année d'exercice, le volume des décaissements est plus important chez les IPM d'entreprise qu'auprès des IPM interentreprises.

En 2014, les premières ont procédé à des décaissements d'un montant d'environ 7,8 milliards FCFA soit 58% du total des décaissements contre environ 5,4 milliards FCFA débloqués par les IPM interentreprises.

Celles-ci ont réalisé une performance légèrement en-deçà du niveau atteint en 2013 contrairement aux IPM d'entreprise dont les décaissements connaissent une hausse de plus de 18% entre 2013 et 2014, après une baisse notée entre 2012 et 2013.

Dans le même temps, on note une tendance inverse chez les IPM interentreprises qui voient le volume de leurs décaissements augmenter entre 2012 et 2013 (passant de 5,035 milliards à 5,547 milliards FCFA), puis amorcer une baisse dans l'année qui suit.

Sur le plan de la structure des dépenses, la clé de répartition des décaissements fait ressortir quelques variations selon le type d'IPM. De part et d'autre, il se confirme, comme indiqué précédemment, que l'essentiel des décaissements est absorbé par le « règlement des fournisseurs de soins ». Cependant, les IPM d'entreprise y consacrent régulièrement plus de 92% de leurs ressources depuis 2012 tandis que les IPM interentreprises y mettent légèrement moins de ressources et dans des proportions pouvant varier d'une année à l'autre. Ainsi en 2014, 78% des décaissements effectués par ces dernières ont servi à apurer la dette vis-à-vis des fournisseurs de soins, soit moins que dans les années 2013 et 2012 où respectivement 84% et 81% des ressources avaient été consacrées à ce poste de dépenses.

Quant aux dépenses de salaires qui représentent la 2^{ème} des priorités pour les 2 catégories d'IPM, elles absorbent 3,5% des décaissements effectués par les IPM d'entreprise en 2014 et on retrouve la même clé de ventilation dans les années

antérieures. Par contre, chez les IPM interentreprises, 7,3% des ressources ont été consacrés au paiement des salaires, soit une proportion au moins 2 fois plus importante que pour les IPM d'entreprise. Dans les 2 années précédentes, la masse salariale avait été légèrement moins provisionnée par les IPM interentreprises, ne dépassant pas la barre de 6,7% des décaissements.

Les 2 types d'IPM partagent aussi la même préoccupation pour les dépenses de fonctionnement qui se trouvent être leur 3^{ème} priorité. En 2014, les IPM d'entreprise y ont positionné 1,5% de leurs ressources contre 2,8% du côté des IPM interentreprises. Chez ces dernières, les dépenses de fonctionnement ont absorbé moins de 2% des décaissements de l'année 2013.

Enfin, les « autres décaissements » ont été globalisés à 0,3% chez les IPM d'entreprise en 2014 alors que pour le même poste, les IPM interentreprises avaient mobilisé 7,7% de leurs ressources soit plus que la part réservée au paiement des salaires.

De manière générale, on constate une meilleure maîtrise de la nomenclature des dépenses chez les IPM d'entreprise avec une clé de répartition relativement plus stable. En revanche, chez les IPM interentreprises, on relève des fluctuations d'une année à l'autre qui entraînent parfois des écarts notables dans la part des ressources affectées à une dépense. Cela dénote aussi une certaine dispersion qui renvoie à une absence de maîtrise sur les procédures ou à l'absence d'un cadre de normalisation de ces dépenses.

A ce titre, le développement de manuel de procédures, arrimé aux paramètres de gestion technique des IPM, tel que le recommande la CIPRES, devrait permettre à ces Institutions de pouvoir s'aligner aux normes ou standards et de renforcer, en conséquence, leurs capacités pour une meilleure conduite de la gestion de ces IPM. A la suite des 2 sections examinées, la section qui suit fait une synthèse et se prononce déjà sur la viabilité des IPM au Sénégal, durant la période 2012-2014.

4.3.2.3 Situation financière des IPM

La situation financière nette des IPM est donnée par le solde entre les encaissements et les sommes décaissées au cours d'une année. Celle-ci est présentée dans le tableau n° 4.3.07 ci-dessous ainsi que son évolution durant la période 2012-2014.

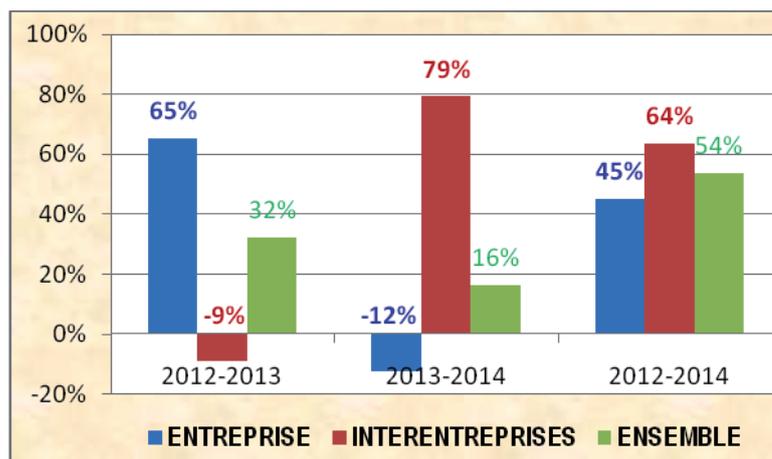
Tableau n° 4.3.07: Evolution de la situation financière nette des IPM selon le type de 2012 à 2014

Type d'IPM	Année 2014	Année 2013	Année 2012	Cumul (sur3 ans)	Moyenne annuelle	Ecart (2014-2013)	Ecart (2013-2012)
ENTREPRISE	1 500 409 501	1 708 650 073	1 032 609 782	4 241 669 356	1 413 889 785	-208 240 572	676 040 291
INTERENTREPRISES	1 384 118 462	772 036 470	845 300 204	3 001 455 136	1 000 485 045	612 081 992	-73 263 734
Total annuelle	2 884 527 963	2 480 686 543	1 877 909 986	7 243 124 492	2 414 374 831	403 841 420	602 776 557

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Au total, le bilan de la gestion des IPM, en 2014, laisse apparaître un excédent de liquidités de près de 3 milliards FCFA dont 52% sont détenues par les IPM d'entreprise. Dans l'ensemble, la situation financière des IPM reste largement excédentaire, quels que soient l'année considérée et le type d'IPM en présence.

Graphique 4.3.04: Evolution de la situation financière des IPM entre 2012 et 2014 (taux d'accroissement en %)



Source : ENIPM ; DPS-DSTE, MTDSOPRI : Tableau supra, colonnes

En valeur absolue, l'augmentation est de taille, puisque leur excédent de gestion s'est accru en moyenne d'environ 500 millions FCFA par an, sur la période 2012-2014.

A ce titre, il faut relever le bond particulièrement important réalisé par les IPM interentreprises, notamment entre 2013 et 2014 où elles ont réussi à générer, en une seule année, un excédent de plus de 612 millions FCFA, soit un taux de progression de 79% par rapport aux résultats de la gestion antérieure (voir graphique 4.3.04). De leur côté, les IPM d'entreprise avaient déjà connu une vitalité similaire un an auparavant (en 2013) mais ont dû enregistrer, en 2014, une performance moins bonne (de -12%), leur situation financière nette affichant un léger recul par rapport au niveau de liquidités constituées en 2013 et correspondant à un écart d'environ -200 millions FCFA (voir graphique 4.3.04 supra).

Conclusion partielle

En définitive, sur la période 2012-2014, les IPM ont vu leur situation financière s'améliorer de façon notable, aussi bien pour les IPM autonomes que pour les IPM interentreprises. Cependant, cette dynamique reste largement tributaire du comportement des IPM d'entreprise.

La viabilité des IPM est d'autant plus positive (voire constante) que leur situation financière nette se consolide d'année en année, avec un excédent de liquidités en constante augmentation.

4.3.1 Frais médicaux engagés par acte (quote-part ipm ou charges techniques)

4.3.1.1 Situation d'ensemble

Les prestations médicales sont généralement facturées aux bénéficiaires sur une base réelle dont une partie est supportée par l'IPM (quote part IPM).

Les taux de prise en charge sont fixés par la réglementation en vigueur ainsi que les règlements intérieurs des IPM.

Le tableau n°4.3.08 indique la pratique en vigueur au Sénégal, durant la période 2012-2014 en terme de prise en charge partielle des prestations servies aux bénéficiaires. Il détaille les frais réels facturés et les quotes-parts IPM supportées selon la nature de la spécialité.

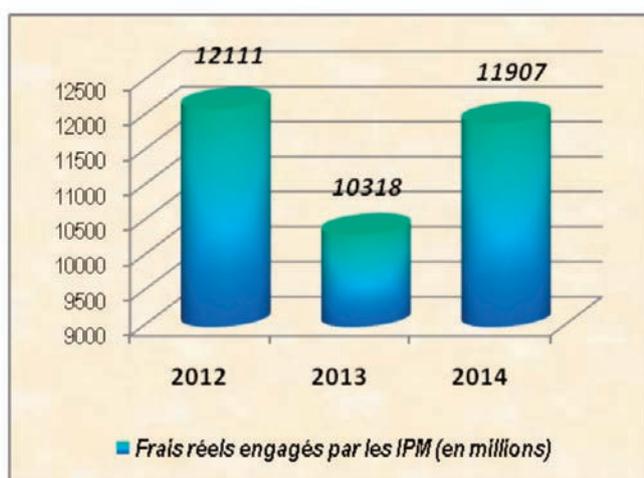
En 2014, les engagements médicaux des IPM se sont chiffrés à 11,9 milliards FCFA. Il s'agit d'un niveau qui consacre un regain d'intensité de près de 1,6 milliards de plus par rapport à 2013, année durant laquelle les IPM ont enregistré une baisse notable du montant global des frais facturés par les prestataires.

Tableau n°4. 3.08a: Répartition des sommes engagées par les IPM selon la spécialité et par an suivant les frais réels et les quotes-parts

NATURE DE LA SPÉCIALITÉ	Année 2014			Année 2013			Année 2012		
	Frais réels facturés	Quote-part IPM	%	Frais réels facturés	Quote-part IPM	%	Frais réels facturés	Quote-part IPM	%
Frais pharmaceutiques	5145137003	2478592405	48 %	4554329879	1946708187	43 %	5976843532	2545612858	43%
Frais d'hospitalisation	1227244685	584113797	48 %	1007454216	434208766	43 %	928067349	461979902	50%
Analyses médicales	1014310384	545909108	54 %	821761227	383690424	47 %	1414415220	422925479	30%
Dentistes	725944255	383230845	53 %	638556367	285542138	45 %	744074287	285492080	38%
Imagerie médicale	627080100	370955219	59 %	564549194	313743304	56 %	482264330	289772226	60%
Optique médicale	612576375	234918776	38 %	459814988	148642239	32 %	392356111	130683156	33%
Frais d'accouchement	580641547	224797898	39 %	483019235	231711642	48 %	455952656	228641406	50%
Généralistes	548364491	332069929	61 %	535006235	303666581	57 %	526562937	296609694	56%
Gynécologues	275882047	141185207	51 %	238994824	115495057	48 %	260047816	139309071	54%
Pédiatres	222533283	120107041	54 %	174570824	97998071	56 %	172369946	102056747	59%
Ophthalmologues	147393807	74410612	50 %	135111828	63922496	47 %	118253795	68662639	58%
Chirurgie	101713831	61212568	60 %	88242475	52398386	59 %	99460909	62714932	63%
Cardiologue	98446552	51652930	52 %	176259181	67125625	38 %	89025419	60854429	68%
Neurologues	73245926	22223882	30 %	25434419	13056084	51 %	29843337	15320104	51%
O.R.L.	65663527	32841439	50 %	60870346	27550792	45 %	86718191	38178497	44%
Gastro-entérologues	65168558	34459188	53 %	54297533	29102223	54 %	50002433	27478675	55%
Dermatologues	57115529	31651785	55 %	52132281	27133292	52 %	49867973	27875229	56%
Rhumatologues	50497513	16450951	33 %	42095250	12841642	31 %	41377710	18513414	45%
Urologues	30484086	17561142	58 %	33391692	19268498	58 %	26944896	15976140	59%
Evacuation sanitaire	30425284	26942130	89 %	32874609	32210609	98 %	37397952	37297452	100 %
Pneumologues	25187986	16978379	67 %	18200813	10897899	60 %	17277527	10989181	64%
Kinésithérapie	20653865	9600877	46 %	15899520	6611585	42 %	14715672	7209026	49%
Orthopédie	8937332	4880731	55 %	6041115	2989468	49 %	5994822	2961507	49%
Psychiatres	5620384	1957383	35 %	4131691	1417129	34 %	4162822	1300642	31%
Endocrinologie	542264	267302	49 %	264000	160590	61 %	219800	145650	66%
Radiologues	788600	474360	60 %	1698400	994540	59 %	572300	229790	40%
Autres	145076598	74934183	52 %	92692198	31119116	34 %	85839015	35367317	41%
TOTAL	11906675812	5894380067	50 %	10317694340	4660206383	45 %	12110628757	5334157243	44%

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Graphique 4.3.05: Evolution des frais médicaux réels engagés par les IPM



Source : tableau supra

Comme le montre le graphique ci-contre, le niveau des prestations facturées aux IPM est passé de 12,11 milliards FCFA en 2012 à 10,32 milliards FCFA en 2013. Il a connu une relance après cette chute pour aboutir, en 2014, à un niveau légèrement inférieur à celui de 2012.

Pendant ce temps, les quotes-parts supportées par les IPM ont été plus importantes en 2014 qu'en 2012 (voir

tableau n°4.3.08). En outre, les IPM ont participé à hauteur de 50% aux frais en 2014 alors qu'en 2012, le niveau était de 44%. Cette variation est essentiellement due à la hausse du niveau de prise en charge du fait de l'augmentation de la population sociale combinée à un relèvement des taux de prise en charge appliqués sur plusieurs spécialités comme les analyses médicales, les frais dentaires, les frais pharmaceutiques, les généralistes et les frais liés à l'optique médicale, entre autres. L'examen de la structure des engagements par spécialité permet d'affiner l'analyse dans la partie qui suit.

4.3.1.2 Structure des engagements et des niveaux des quotes-parts par acte

Dans les prestations facturées aux IPM, les frais pharmaceutiques représentent le poste le plus important, ceci quelle que soit l'année d'exercice considérée. Viennent ensuite les frais d'hospitalisation, les analyses médicales, les soins dentaires, l'imagerie médicale, l'optique médicale, entre autres.

Tableau n°4. 3.08bis: Structure des engagements médicaux (frais réels) selon quelques spécialités et évolution sur la période 2012-2014

Le tableau n°4.3.08 bis ci-contre a été établi à partir du précédent. Il donne un aperçu de la structure des montants engagés sur les principaux secteurs de prestations médicales servies aux IPM ainsi que leur évolution au cours des 3 années considérées.

PRESTATAIRES	2014	2013	2012
Pharmacies	43,2%	44,1%	49,4%
Hospitalisation	10,3%	9,8%	7,7%
Analyses médicales	8,5%	8,0%	11,7%
Dentistes	6,1%	6,2%	6,1%
Imagerie médicale	5,3%	5,5%	4,0%
Optique médicale	5,1%	4,5%	3,2%
Accouchement	4,9%	4,7%	3,8%
Généralistes	4,6%	5,2%	4,3%
Gynécologues	2,3%	2,3%	2,1%
Pédiatres	1,9%	1,7%	1,4%
Ophtalmologues	1,2%	1,3%	1,0%
Engagement total (en millions FCFA)	11907	10318	12 111

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Le premier enseignement à tirer de cette structure des dépenses concerne le poids des frais pharmaceutiques : ici, bien que la facture soit, de loin, la plus élevée durant la période, la part qui lui est allouée par les IPM tend à baisser de manière progressive d'année en année.

Par contre, la part allouée aux frais d'hospitalisation facturés suit une tendance à la hausse depuis 2012. Il en est de même pour l'optique médicale, les frais d'accouchement et pour les frais de pédiatrie. Ce qui semble logique compte tenu de l'accroissement des catégories de bénéficiaires que sont les conjoints et les enfants.

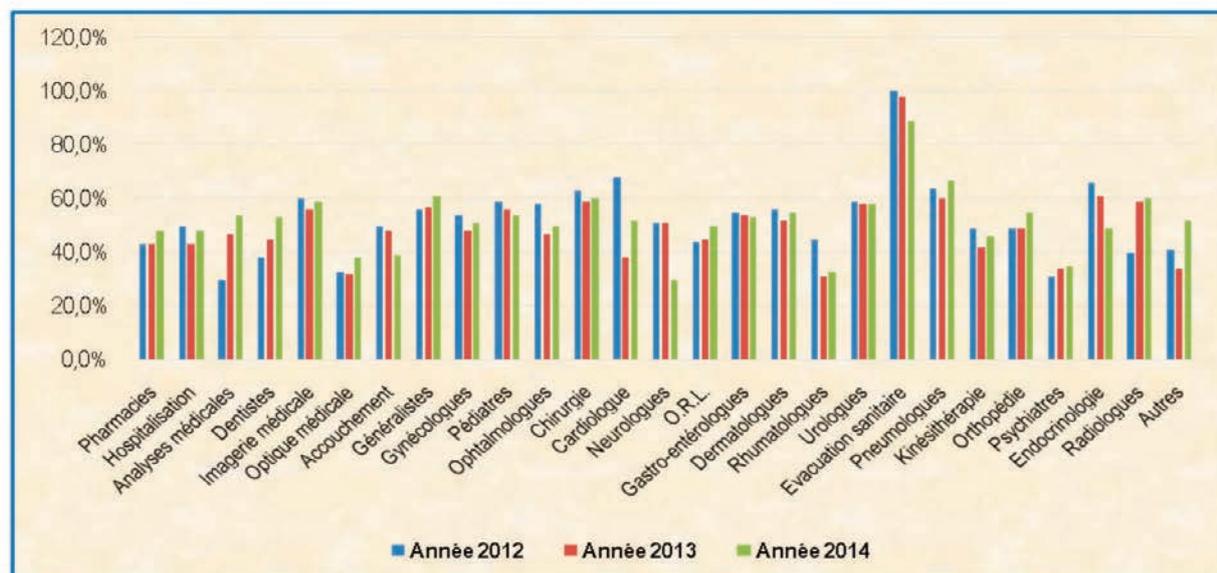
Pour le reste, la part des coûts de prestations facturés évolue selon des scénarii assez contrastés.

Face à la baisse du volume des engagements, on note paradoxalement que dans plusieurs spécialités, les quotes-parts supportées par les IPM ont été plus importantes en 2014. Dans l'ensemble, les IPM ont supporté, en moyenne, 50% du volume total des frais réels facturés en 2014. En 2013, cet effort était de 45%, tandis qu'en 2012, il se situait en moyenne à 44% des frais réels facturés (cf. tableau supra). Le graphique n°4.3.05 présente la structure ainsi que l'évolution des niveaux de quotes-parts libérées par les IPM pour la prise en charge des prestations servies à leurs bénéficiaires.

Les niveaux de quote-part les plus élevés, en 2014, sont relevés pour les prestations telles que les évacuations sanitaires (89%)²⁶, les frais de pneumologie (67%), les honoraires de médecins généralistes (61%), les frais de chirurgie et les frais de radiologie, entres autres (soit un niveau de prise en charge qui tourne autour de 60%). Dans l'ensemble, si on exclue les évacuations sanitaires, ces niveaux sont conformes aux normes établies et restent dans la fourchette de 50% à 80% (article 4 de l'arrêté interministériel n°2013-2159 du 18 février 2013).

²⁶ Cette prestation ne figure pas dans la liste obligatoire

Graphique 4.3.05: Evolution des niveaux de quote-part dégagée par les IPM pour la prise en charge des prestations selon les spécialités



Source : Tableau 4.3.08 supra

Dans le même temps, pour certaines prestations, on note que des niveaux de quote-part restent en deçà de ce seuil en 2014. C'est notamment le cas pour les frais d'accouchement (39%), l'optique médicale (38%), la psychiatrie (35%), la rhumatologie (33%) ou la neurologie (30%). Il y a lieu, ici, de relever ces niveaux pour être en conformité avec les textes qui organisent le fonctionnement des IPM (décret n°2012-832 op. cit.).

Enfin, pour les frais d'endocrinologie (soit 48%), les frais pharmaceutiques (48%), les frais d'hospitalisation (48%) et, dans une moindre mesure, les frais de kinésithérapie (46%), les quotes-parts débloquées se situent à un niveau proche du seuil règlementaire.

Dans l'ensemble, il apparaît que les niveaux de prise en charge peuvent être très variables pour une même spécialité d'une année à l'autre, mais ne dépassent jamais la borne supérieure de la norme fixée. Les variations observées peuvent parfois descendre en dessous du seuil limite mais dépassent rarement le seuil maximal fixé. C'est seulement au niveau des évacuations sanitaires que ce seuil est franchi. Pour ce type de prestation, en 2012, les charges y afférentes avaient été entièrement prises en charge par les IPM (soit une quote-part équivalant au montant de la facturation, soit 100%). Toutefois, dans les années qui suivent, les IPM ont eu tendance à réduire progressivement cette quote-part qui demeure, encore en 2014, légèrement au-dessus du plafond fixé (soit 89% exactement).

La section qui suit examine de plus près les taux de prise en charge appliqués par les IPM tels qu'ils ressortent des déclarations des IPM interrogées²⁷.

4.3.1.3 Taux de prise en charge appliqués par les IPM par spécialité

Avec la réforme du système de l'assurance maladie obligatoire enclenchée en 2009, le Sénégal a procédé à la réactualisation du cadre juridique à travers la mise à jour, en 2012, du décret portant organisation et fonctionnement des IPM. Ainsi, le décret n°2012-832 du 07 août 2012 a abrogé et remplacé le décret n°75-895 du 14 août 1975 avec comme objectifs majeurs l'actualisation des paramètres techniques et l'harmonisation du fonctionnement de ces Institutions.

Dans cette perspective, un arrêté conjoint des ministres en charge de la Sécurité sociale, de la Santé publique et des Finances réglemente, entre autres, les dispositions obligatoires communes à toutes les IPM, notamment, l'établissement de la « *liste de prestations partiellement prises en charge* » et l'uniformisation, des *taux de cotisation et des taux de prise en charge*.

A ce titre, l'article 4 de l'arrêté interministériel n°2013-2159 du 18 février 2013 fixant les modèles types de statuts et de règlement intérieur des IPM dispose que les taux de prise en charge doivent être compris dans la fourchette de 50% à 80%.

Le tableau n°4.3.09 présente les pratiques qui prévalaient auprès des IPM durant la période 2012 à 2014.

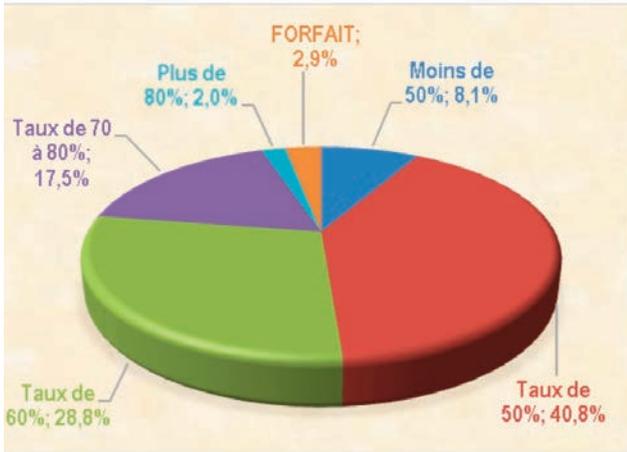
Tableau n° 4.3.09: Répartition des IPM selon le taux de prise en charge appliqué et par nature de la spécialité en 2014

	Moins de 50%	50%	60%	70 à 80%	Plus de 80%	FORFAIT	Total
Analyses médicales	6	36	37	13	1	0	93
Cardiologue	3	44	26	17	2	0	93
Dentistes	10	48	25	11	0	0	93
Dermatologues	4	44	28	16	1	0	93
Frais d'accouchement	14	30	24	10	2	13	93
Frais d'hospitalisation	13	28	19	18	2	12	93
Frais pharmaceutiques	15	38	27	11	1	0	93
Gastro-entérologues	3	45	24	18	4	0	93
Généralistes	5	36	28	21	1	1	93
Gynécologues	6	43	26	16	1	1	93
Imagerie médicale	5	34	39	15	0	0	93
Neurologues	8	38	30	15	2	0	93
O.R.L.	6	41	26	19	1	0	93
Ophthalmologues	8	43	20	20	3	0	93
Optique médicale	27	18	9	11	4	25	93
Pédiatres	3	44	28	17	1	0	93
Pneumologues	0	31	37	23	3	0	93
Psychiatres	0	33	23	33	0	5	93
Radiologues	10	43	26	13	2	0	93
Rhumatologues	2	35	33	18	4	0	93
Urologues	6	41	28	15	2	2	93
Autres	12	41	26	9	4	1	93
Ensemble	26,2%	0,7%	0,9%	0,2%	0,3%	2,9%	0,8%

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRINB : NRP : 10 IPM

²⁷ Les réponses à cette question proviennent de 93 IPM, soit un taux de non réponse de l'ordre de 9,7%.

Graphique 4.3.06a: Taux de prise en charge de prestations appliqués par les IPM en 2014



En 2014, environ 9 IPM sur 10 (87,1% exactement) s'étaient conformés à la réglementation en vigueur en matière de taux de prise en charge applicables sur les prestations médicales.

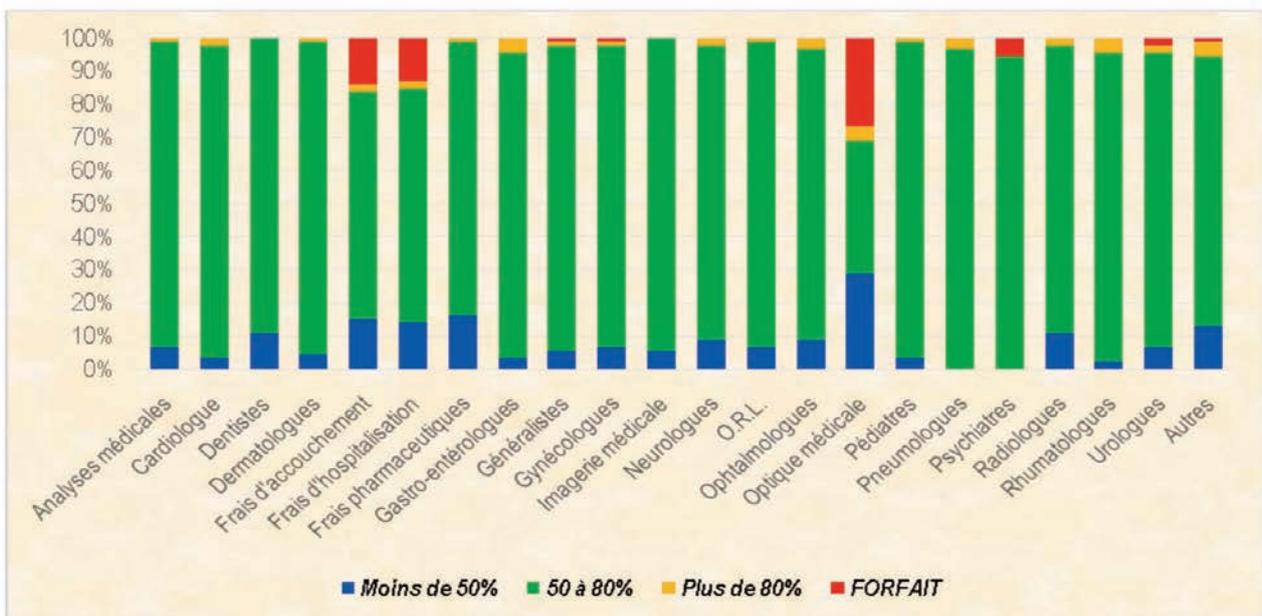
Il reste ainsi que 8,1% des IPM appliquent encore un taux inférieur à 50%, 2% avaient dépassé le plafond de 80% et 2,9% des IPM appliquaient encore des forfaits : ce qui est contraire

à la réglementation.

Parmi les IPM qui sont en phase avec cette réglementation, on retrouve 40,8% d'IPM qui appliquent un taux de 50%, 28,8% qui vont jusqu'à 60% et 17,5% qui se situent dans la barre supérieure (70% à 80%).

Dans l'ensemble, l'approche « minimaliste » semble prévaloir en dépit de la flexibilité de la loi. Ce qui conduit à un « tassement vers le bas » des taux appliqués par les IPM, comme on peut le noter à travers le graphique 4.3.06 bis. Celui-ci met en évidence une attitude qui dénote, chez les IPM, une recherche de rentabilité optimale qui pousse à adopter une stratégie visant à appliquer des taux dans la limite inférieure pour pouvoir s'aménager une marge de profit (excédents).²⁸

Graphique 4.3.06bis : Taux de prise en charge appliqués en 2014 selon la spécialité



²⁸ Ceci est de nature à fausser l'esprit de solidarité qui fonde l'essence et la philosophie des IPM.

En outre, on remarque parfois une certaine flexibilité dans l'application des normes de prise en charge selon la spécialité.

Un pourcentage infime d'IPM applique des taux de prise en charge supérieurs à la norme dans plusieurs spécialités. Enfin, la pratique de forfait reste en vigueur notamment pour l'optique médicale, les frais d'hospitalisation et, dans une moindre mesure, pour les frais de psychiatrie, en urologie et chez les médecins généralistes ou les gynécologues.

Dans toutes les spécialités, exceptées pour les prestations en pneumologie et en psychiatrie, on trouve encore des IPM qui pratiquent des taux en dessous de la norme de 50%. Cependant, la pratique reste plus présente pour l'optique médicale, les frais pharmaceutiques, l'hospitalisation, l'accouchement, les dentistes et les radiologues²⁹.

Conclusion partielle

Avec la réforme du système de l'assurance maladie obligatoire enclenchée en 2009 et la réactualisation du cadre juridique qui s'en est suivie en 2012, le Sénégal s'est orienté vers une politique de réadaptation des paramètres techniques des IPM qui s'est traduite par l'adoption de mesures communes à ces institutions. Cependant, à l'épreuve, on y retrouve des pratiques légèrement variées, notamment dans les niveaux de prise en charge, ceci en dépit de l'existence de textes qui en établissent les normes.

Compte tenu de cet environnement bien « encadré juridiquement », une fluctuation des niveaux de prise en charge appliqués par spécialité est révélatrice, en dehors de la fourchette réglementaire, chez certaines IPM, d'une absence de maîtrise sur les normes fixées qui justifie un besoin de mise à niveau sur les dispositions réglementaires en vigueur.

Au regard de la part disproportionnée qu'occupent les frais pharmaceutiques (43,2%) par rapport aux autres spécialités, il s'avère nécessaire **d'encourager, voire de promouvoir le recours aux médicaments génériques** dans le but d'aider les IPM à réduire substantiellement le montant de la facture y afférente sans, pour autant, altérer la qualité des soins prodigués aux bénéficiaires. Cependant, toute stratégie à développer dans ce domaine devrait se faire nécessairement avec le concours actif des prestataires de soins dans le cadre d'un engagement conventionnel avec l'ICAMO.

²⁹ Ceci se justifie par les standings ou les goûts des bénéficiaires qui optent pour les prestations de qualité supérieure qui ne peuvent être couvertes avec le taux en vigueur. Cette situation conduit les IPM à adopter un forfait à l'endroit de ses bénéficiaires qui devront compléter leur prise en charge par leurs ressources propres

De même, les quotes-parts dégagées pour couvrir les frais d'endocrinologie et d'accouchement pourraient être minorées si les IPM exploitaient mieux les opportunités offertes dans le cadre de la politique de gratuité préconisée pour certaines catégories d'actes médicaux au Sénégal : c'est le cas notamment pour la dialyse ou la césarienne.

4.3.2 Investissements

4.3.2.1 Situation d'ensemble

En 2014, le budget affecté par les IPM aux immobilisations a été porté à plus de 625 millions de FCFA. Cette performance marque une progression de 3,2% par rapport au budget d'investissement de l'année d'avant et un bond de 9,5% sur la période 2012-2014. Le tableau 4.3.10 donne l'évolution et la structure des ressources affectées aux investissements entre 2012 et 2014.

Tableau n° 4.3.10: Répartition des montants immobilisés selon leur nature et par année.

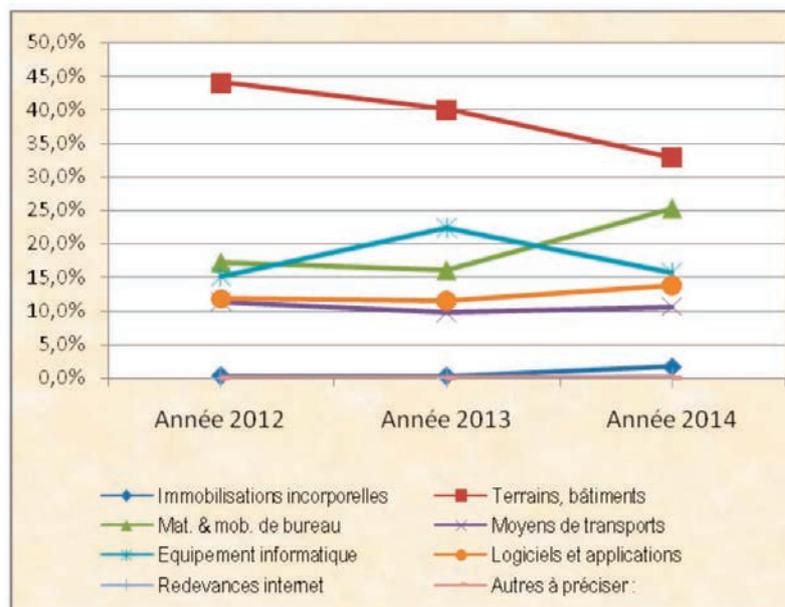
NATURE DES IMMOBILISATIONS	Année 2014		Année 2013		Année 2012	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Terrains, bâtiments, constructions	205622072	32,9%	242625864	40,1%	250994332	44,1%
Matériels et mobiliers de bureau	157810609	25,2%	97344580	16,1%	98185115	17,2%
Equipement informatique	98078502	15,7%	135350700	22,3%	86019069	15,1%
Logiciels et applications	86235004	13,8%	69382377	11,5%	66962274	11,8%
Moyens de transports	66187836	10,6%	58778161	9,7%	64765109	11,4%
Immobilisations incorporelles (frais 1 ^{er} établissement, études, etc.)	10351744	1,7%	1755800	0,3%	1855800	0,3%
Redevances internet	957250	0,2%	354000	0,1%	432000	0,1%
Autres à préciser :	112000	0,0%	155017	0,0%	253600	0,0%
TOTAL	625.355.017	100,0%	605.746.499	100,0%	569.467.299	100,0%

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTD SOPRI

Durant la période, les IPM ont investi prioritairement dans les terrains, bâtiments et constructions. Cette ligne a mobilisé environ 33% des fonds dégagés, soit près du tiers des investissements réalisés en 2014. Cependant, on enregistre une baisse continue d'intensité depuis 2012, année durant laquelle les IPM avaient investi 44% de leurs ressources sur cette rubrique.

Graphique 4.3.07: Evolution de la part des dotations allouées aux investissements selon la nature

La 2^{ème} priorité, en terme d'investissement des IPM, reste constituée par les dotations en matériels et mobiliers de bureau. Les IPM y ont investi 25,2% de leurs ressources en 2014 contre 16,1% en 2013 et 17,2% en 2012, soit la plus forte progression durant la période.



L'acquisition de matériel informatique et de logiciels et applications arrivent respectivement au 3^{ème} et 4^{ème} rang dans les investissements réalisés par les IPM en 2014. Ces deux postes réunis dépassent, en volume, les ressources allouées aux matériels et mobiliers de bureau ; ils absorbent en effet 29,5% du budget d'investissement réalisé, en tout, mais accusent, toutefois, des tendances contrastées. Les dépenses en équipement informatique affichent une baisse par rapport à 2013 après une hausse notée entre 2012 et 2013 pendant que les dotations allouées à l'acquisition de logiciels tendent à se consolider sur la période avec plus d'intensité depuis 2012.

Par ailleurs, on peut relever qu'environ 10% des ressources dégagées par les IPM sont destinés à soutenir la logistique de transport. L'effort d'investissement pour cette ligne tend même à se stabiliser autour de ce seuil de 10% durant la période 2012 -2014.

Enfin, les IPM ont eu à consacrer des ressources relativement faibles aux immobilisations incorporelles et aux redevances internet bien qu'on puisse relever une légère augmentation de ces lignes budgétaires entre 2013 et 2014.

4.3.2.2 Niveau d'investissements par type d'IPM

Le niveau et les politiques d'investissement varient selon le type d'IPM ; ceci se reflète bien dans la structure de leurs lignes budgétaires et, ce faisant, dans les priorités notées en 2014. Le tableau 4.3.11 dresse un profil comparé de ces deux (2) types d'IPM par rapport aux immobilisations.

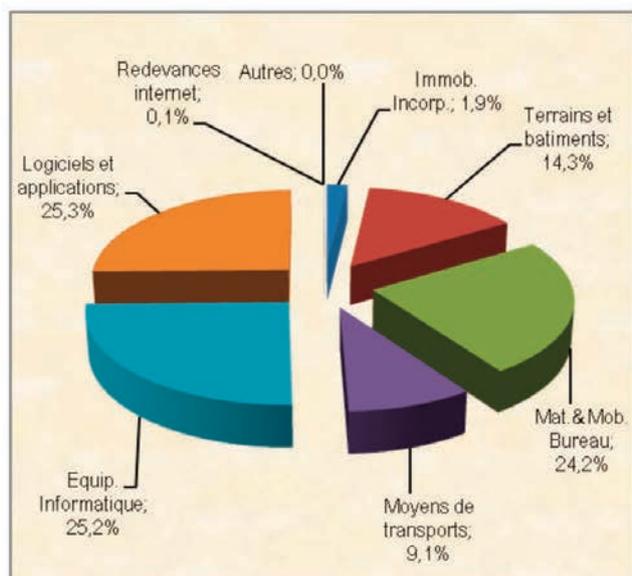
Tableau n° 4.3.11: Répartition des montants immobilisés en 2014 selon leur nature et par type d'IPM

NATURE DES IMMOBILISATIONS	Type IPM					
	Entreprise		interentreprises		Ensemble	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Logiciels et applications	62190004	25,3%	24045000	6,3%	86235004	13,8%
Equipement informatique	62013638	25,2%	36064864	9,5%	98078502	15,7%
Matériels et mobiliers de bureau	59635303	24,2%	98175306	25,9%	157810609	25,2%
Terrains, bâtiments, constructions	35159956	14,3%	170462116	45,0%	205622072	32,9%
Moyens de transports	22474483	9,1%	43713353	11,5%	66187836	10,6%
Immobilisations incorporelles (frais 1 ^{er} établissement, études, etc.)	4646965	1,9%	5704779	1,5%	10351744	1,7%
Redevances internet	154000	0,1%	803250	0,2%	957250	0,2%
Autres	0	0,0%	112000	0,0%	112000	0,0%
TOTAL	246274349	100,0%	379080668	100,0%	625355017	100,0%
Part des montants alloués	39,4%		60,6%			
Nombre d'IPM (vs adhérents)	29		32 (1706)		61 (1735)	
Investissement moyen par IPM	8 492 219		11 846 271		10251722	
Investissement moyen par-adhérent	8 492 219		222.204		360.435	

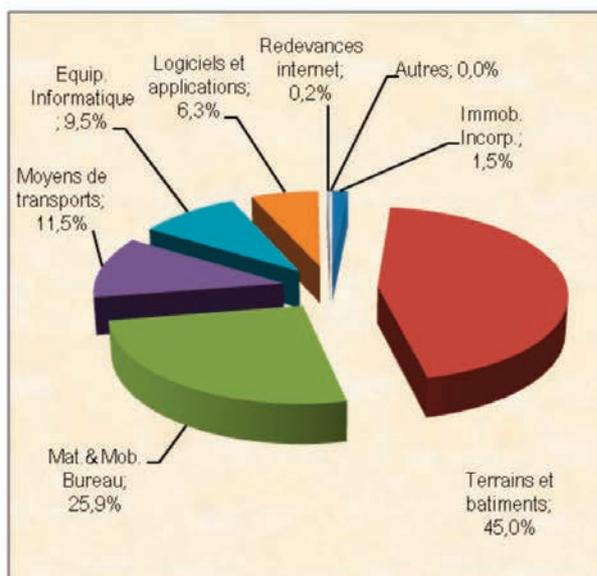
Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTD SOPRI

Il ressort que les IPM d'entreprise mobilisent 39,4% du montant total des ressources allouées aux investissements avec, en moyenne un budget d'investissement de **8.492.219 FCFA** par IPM et par entreprise adhérente. Pour cette catégorie d'IPM où l'entreprise adhérente porte seule l'investissement, l'accent est mis en priorité sur les efforts de modernisation des procédures de travail à travers l'acquisition de logiciels et d'applications informatiques (50,5%), sur le matériel et mobilier de bureau (24,2%) et, accessoirement, sur l'acquisition de terrains et bâtiments (14,3%) et sur la logistique de transport (9,1% du montant de dotations).

Graphique 4.3.08a: IPM d'entreprises : Structure des dotations en investissements réalisées



Graphique 4.3.08b: IPM Interentreprises : Structure des dotations en investissements réalisées



En retour, les IPM interentreprises pourvoient environ 61% du budget consacré aux investissements et mobilisent en moyenne plus de dotations que celle d'une IPM d'entreprise. Une IPM interentreprises affecte en moyenne un budget de **11 846 271 FCFA** pour ses dotations en investissement.

Sur le plan de la structure du budget d'investissement, leurs priorités en matière de dotations sont orientées beaucoup plus vers l'acquisition de terrains et bâtiments (45%), vers l'équipement (i.e. le matériel et le mobilier, soit 25,9%) et, accessoirement, vers les moyens de transport (11,5%). Les efforts pour la modernisation des procédures de travail (informatisation et accompagnement en termes d'applications informatiques) y sont relégués aux 4^{ème} et 5^{ème} rang des priorités.

4.3.3 Taux de cotisation et de plafond appliqués

4.3.3.1 Les taux de cotisations appliqués par les IPM

Les cotisations constituent un mécanisme essentiel de financement de l'IPM. Comme examiné plus haut dans la section relative aux « Encaissements », les cotisations constituent le premier levier que les IPM peuvent actionner pour se constituer des ressources. Les cotisations sont acquittées à la fois par les travailleurs (ou participants) et par les employeurs (adhérents). Pour ce faire, elles sont réglementées par le décret n°2012-832 organisant ces Institutions et qui fixe les taux de cotisation entre 4% et 15% du salaire du travailleur auquel l'employeur apporte aussi une contrepartie au moins égale. De plus, le « plafond de l'assiette de calcul » de ces cotisations a été relevé de 60.000 FCFA à 250.000 FCFA, par le même texte.

Dans la pratique, des niveaux de cotisations variables ont été relevés auprès des IPM. En raison de cette dispersion et pour des raisons de commodités, l'analyse portera sur 3 à 4 classes, à savoir les IPM qui :

- 1 appliquent un taux inférieur à 4% ;
- 2 observent un taux compris entre 4 et 15% : il s'agit de la norme formelle telle que préconisée par les textes organisant les IPM (article 5 de l'arrêté interministériel n° 2013-2159 du 18 février 2013 fixant les modèles types de statuts et de règlement intérieur des IPM) ;
- 3 pratiquent un taux supérieur à 15% ;
- 4 appliquent un forfait (une pratique non reconnue par la loi).

Les deux (2) tableaux suivant donnent un aperçu de la pratique en cours en matière de cotisations, dans l'environnement des IPM.

Le premier tableau examine les taux de cotisations appliquées aux adhérents (entreprises). Les réponses ont été fournies par 86 IPM soit 17 cas de non réponses.

Tableau n° 4.3.12: Répartition des IPM selon le taux des cotisations appliqué aux adhérents(entreprises)

TAUX DE COTISATION ADHERENTS	Année 2014		Année 2013		Année 2012	
	Nombre IPM Concernées	%	Nombre IPM concernées	%	Nombre IPM concernées	%
Catégorie I (< 4%)	18	20,9%	18	20,9%	10	11,6%
Catégorie II (4% à 15%)	14	16,36%	17	19,8%	25	29,1%
Catégorie III (+ 15%)	1	1,2%		0,0%		0,0%
Catégorie IV (pratique de forfait)	53	61,6%	51	59,3%	51	59,3%
Non réponse	17		17		17	
Total	103	100%	103	100%	103	100%
Total IPM répondants						

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Il ressort du tableau 4.3.12 que la pratique du forfait reste la dominante chez les IPM, quelle que soit l'année. Elle tend même à se renforcer d'année en année depuis 2012. Environ 62% des IPM ont adopté le forfait de cotisation à l'égard des entreprises en 2014.

Pendant ce temps, la proportion d'IPM qui applique la fourchette autorisée (catégorie II) était de 29,2% en 2012. Cependant cette proportion d'IPM tend à se résorber sur les 2 années suivantes au profit de l'application d'un taux inférieur à 4%, ou pour l'application d'un forfait.

Enfin, un nombre marginal d'IPM ont opté pour un taux supérieur à 15% (catégorie III).

En retour, pour ce qui concerne les niveaux de cotisations appliquées aux salariés (participants), la conduite des IPM semble aller dans le sens du tableau ci-après.

Tableau n°4.3.12b : Répartition des IPM selon le taux des cotisations appliqué aux participants par année

TAUX DE COTISATION DES SALARIES	Année 2014		Année 2013		Année 2012	
	Nombre IPM Concernées	%	Nombre IPM concernées	%	Nombre IPM concernées	%
Catégorie I (< 4%)	10	12,5%	11	14,3%	13	17,1%
Catégorie II (4% à 15%)	27	33,8%	25	32,5%	20	26,3%
Catégorie III (+ 15%)					3	3,9%
Catégorie IV (pratique de forfait)	43	53,8%	41	53,2%	40	52,6%
Non réponse	23		26		27	
Total général	103	100%	103	100%	103	100%

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Les données du tableau 4.3.12b mettent en évidence plusieurs tendances à savoir : une baisse continue du nombre d'IPM qui applique des taux de cotisations inférieurs à 4% ; leurs effectifs passent de 13 à 11 (de 2012 à 2013) et de 11 à 10 (entre 2013 et 2014);

- une hausse du nombre d'IPM qui applique des taux de cotisations conformes au règlement (4 à 15%). En 2013, 5 IPM de plus ont adhéré à ce taux et en 2014, 2 nouvelles IPM sont venues s'y ajouter ;
- aucune IPM n'applique des taux au-delà de 15%, signe selon lequel, il existe une tendance à se conformer à la loi.
- une persistance dans l'application de forfait de cotisations, nonobstant les tendances précédemment observées. Cela peut être synonyme de résistance dans l'application stricte des nouvelles dispositions ; d'où la nécessité de sensibiliser davantage les acteurs sur ces dispositions.

En définitive, depuis l'actualisation du cadre juridique de l'assurance maladie obligatoire, on constate que les IPM s'engagent timidement dans l'application des dispositions réglementaires en matière de taux de cotisation aussi bien pour les membres adhérents que pour les membres participants. Après deux ans de mise en œuvre du décret, la pratique du forfait reste assez tenace.

La section qui suit analyse le traitement que les IPM font de l'application des dispositions qui dictent un plafond en matière de cotisations par les mêmes acteurs.

4.3.3.2 Les plafonds de cotisation appliqués par les IPM

Le plafond de salaire pour l'assiette de cotisation à une IPM est fixé à 250.000 FCFA conformément à l'article 5 de l'arrêté interministériel n° 2013-2159 du 18 février 2013 fixant les modèles types de statuts et de règlement intérieur des IPM.

Au total, 103 IPM ont répondu à cette question. La situation relevée auprès des IPM est donnée dans le tableau 4.3.13a qui suit, avec la même grille de classification que la section précédente.

Dans ce domaine, on retrouve quasiment la même tendance que pour les taux de cotisations appliqués aux adhérents. Les IPM réagissent timidement aux dispositions qui relèvent le plafond de cotisation.

Tableau n° 4.3.13a: Répartition des IPM selon le plafond des cotisations appliqué aux adhérents (entreprises)

PLAFOND DE COTISATIONS ADHERENTS	Année 2014		Année 2013		Année 2012	
	Nombre IPM Concernées	%	Nombre IPM concernées	%	Nombre IPM concernées	%
Catégorie I (- 250 Milliers FCFA)	39	37,9%	38	38,8%	39	39,8%
Catégorie II (250 Milliers FCFA)	11	10,7%	8	8,2%	7	7,1%
Catégorie III (+ 250 Milliers FCFA)	1	1,0%	1	1,0%	1	1,0%
Catégorie (Pratique un Forfait)	53	51,5%	51	52,0%	51	52,0%
Non réponse			5		5	5,1%
Total	103	100,0%	103	100,0%	103	100,0%

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

La proportion d'IPM qui pratique des plafonds de cotisation inférieurs à 250.000 FCFA connaît une baisse continue depuis 2012. Parallèlement, on note une adhésion croissante, mais de faible intensité, au plafond retenu. Par contre, la grande majorité (environ 52%) des IPM continue d'appliquer des forfaits aux entreprises adhérentes dans ce domaine. La sensibilisation préconisée à l'endroit des acteurs pourrait aider à un meilleur ajustement à la réglementation en vigueur.

En revanche, en ce qui concerne les plafonds de cotisation applicables aux salariés, le tableau 4.3.13b décrit une situation quelque peu critique.

Tableau n°4.3.13b : Répartition des IPM selon le plafond des cotisations appliqué aux participants (salariés) par année

PLAFOND DE COTISATIONS PARTICIPANTS	DE	Année 2014		Année 2013		Année 2012	
		Nombre IPM concernées	%	Nombre IPM concernées	%	Nombre IPM concernées	%
Catégorie I (- 250 000 fcfa)		42	44,2%	42	46,7%	41	46,6%
Catégorie II (250 000 fcfa)		9	9,5%	6	6,7%	6	6,8%
Catégorie III (+ 250 000 fcfa)		1	1,1%	1	1,1%	1	1,1%
Catégorie (Pratique un Forfait)		43	45,3%	41	45,6%	40	45,5%
Non réponse		8		13		15	
Total		103	100,0%	103	100,0%	103	100,0%

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

En effet, il apparaît que près de 45% des IPM continuent d'appliquer un plafond de cotisation inférieure à la norme de 250.000 FCFA. Presque autant d'IPM se cantonnent à appliquer des forfaits non indexés au salaire du participant. On note ainsi une adhésion marginale à la norme édictée. Moins d'une IPM sur dix y a souscrit depuis 2012.

En définitive, l'acceptabilité des paramètres définis par la nouvelle réglementation semble poser problème aux acteurs de l'assurance maladie obligatoire. Un examen

plus attentif de la portée réelle de ces dispositions quant à l'effort que les adhérents et les participants devront déployer pour financer la branche maladie, pourrait aider à trouver des alternatives. Pour ce faire, les autorités en charge de l'assurance maladie obligatoire devraient engager des concertations entre les différents acteurs pour renforcer l'esprit de solidarité qui fonde le principe de la Sécurité sociale.

4.3.4 Endettement des IPM vis-à-vis des tiers

Situation d'ensemble

L'endettement durable des IPM vis-à-vis des tiers est une indication de la non solvabilité de ces institutions. Durant la période 2012-2014, les IPM restent confrontées à un niveau d'endettement très fluctuant, dans son volume aussi bien dans la structure-même de cet endettement. En outre, en 2014, la situation d'endettement vis-à-vis des prestataires a été, pour beaucoup, tributaire de l'accumulation de la dette vis-à-vis des officines pharmaceutiques (25,1%), des médecins (19%), des hôpitaux (15%) et des cliniques privées (14,5%). C'est ce qui transparaît dans le tableau 4.3.14.

Il ressort de ce tableau que la situation d'endettement des IPM alterne des phases d'atténuation (entre 2012 et 2013) et de détérioration après 2013. En volume absolu, au 31 décembre de l'exercice 2014, les IPM affichaient des arriérés de paiement de plus de 2,8 milliards de FCFA. Il s'agit d'une situation exceptionnelle par rapport aux années précédentes durant lesquelles les IPM avaient réussi à ramener leur « encours » à moins de 3 milliards de FCFA.

Autrement dit, le niveau d'endettement, dans l'ensemble, s'est accentué de près de 7% entre 2013 et 2014 alors qu'il avait été réduit de 11% de sa valeur entre 2012 et 2013.

Tableau n° 4.3.14: Répartition des sommes dues par les IPM en fin de gestion selon la catégorie de prestataires et par année

PRESTATAIRE S	Au moment de l'enquête		Année 2014		Année 2013		Année 2012	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Pharmacies	500786344	38,1 %	897792758	25,1%	797675767	30,3 %	897138685	30,0 %
Hôpitaux	202919478	15,4 %	531390506	14,9%	558330522	21,2 %	695602775	23,3 %
Médecins	177747461	13,5 %	526706686	19,00 %	547010038	20,8 %	612049085	20,5 %
Cliniques	189892008	14,4 %	518937866	14,5%	408297297	15,5 %	462691761	15,5 %
Laboratoires	67682192	5,1%	131588719	3,7%	121107625	4,6%	146108380	4,9%
Radiologues	55362758	4,2%	88529158	2,5%	84738852	3,2%	86142661	2,9%
Autres	119990418	9,1%	122305593	3,4%	117217149	4,4%	88422844	3,0%
TOTAL	1.314.380.659	100 %	2.817.251.286	100%	2.634.377.250	100 %	2.988.156.191	100 %

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Comme le souligne le tableau n°4.3.14bis, des efforts notables ont été déployés par les IPM depuis 2012 pour contenir la dette vis-à-vis des hôpitaux et des médecins et la réduire progressivement. Ceci est également mis en évidence dans le graphique n°4.3.09.

Par contre, pour les autres prestataires et plus particulièrement pour les cliniques et les pharmacies,

l'endettement des IPM a continué à s'exacerber : entre 2013 et 2014, les sommes dues par les IPM aux cliniques ont connu une progression de plus de 27% tandis que l'endettement vis-à-vis des pharmacies s'accroissait de 12,6% par rapport à l'année 2013.

Pour les autres catégories de prestataires, l'encours de la dette due par les IPM en 2014 a connu une hausse modeste.

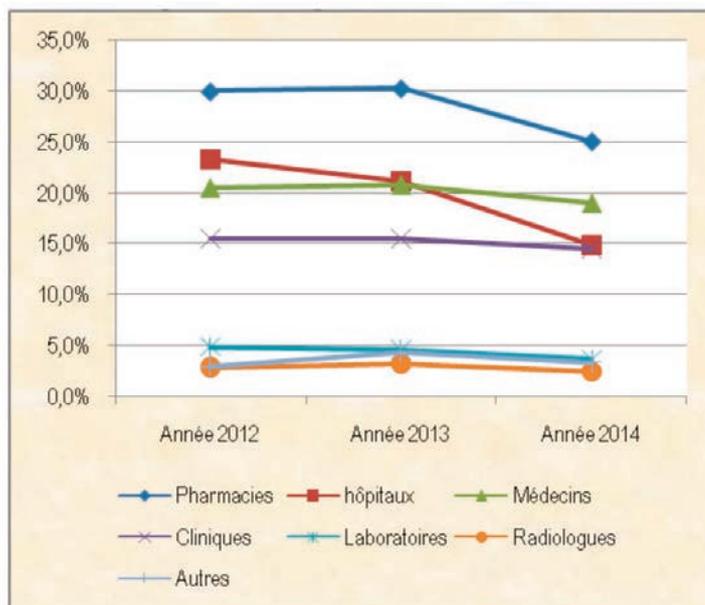
Tableau n°4.3.14 bis: Evolution de l'endettement des IPM vis-à-vis des prestataires

PRESTATAIRES	Taux d'accroissement de la dette	
	2013-2014	2012-2013
Pharmacies	12,6%	-11,1%
Hôpitaux	-4,8%	-19,7%
Médecins	-3,7%	-10,6%
Cliniques	27,1%	-11,8%
Laboratoires	8,7%	-17,1%
Radiologues	4,5%	-1,6%
Autres	4,3%	32,6%
TOTAL	6,9%	-11,8%

Source : Tableau 4.3.14 supra

En définitive, comme confirmé dans le graphique n°4.3.09 ci-contre, les efforts déployés par les IPM pour atténuer l'endettement des IPM vis-à-vis de leurs prestataires ont permis de réduire substantiellement la part qu'occupent les pharmacies, les hôpitaux, les médecins et les cliniques, entre autres : ces 4 catégories de prestataires n'occupent, désormais, que 74% de la part d'endettement des IPM en 2014 alors que ce niveau avait dépassé 88% dans les années précédentes.

Graphique 4.3.09: Evolution de la structure de l'endettement des IPM vis-à-vis des prestataires (part d'endettement en %)



Conclusion partielle

Les perspectives de 2015 laissent espérer que le niveau d'endettement pourrait nettement s'améliorer par rapport à l'année 2014, si on considère qu'au 15 octobre 2015, le montant de l'endettement affiché s'élevait à 1,3 milliards après $\frac{3}{4}$ de l'année, avec des arriérés dus prioritairement aux officines pharmaceutiques (38%), aux hôpitaux (15,4%) et aux cliniques (14,4%) et, accessoirement, aux médecins (13,5%). Cependant, la prudence doit rester de mise puisque le rythme de la gestion n'est pas toujours linéaire et n'autorise pas à faire une extrapolation crédible de la situation. La raison réside dans le fait qu'il existe une bonne part d'aléatoire dans la gestion qui fait que, le plus souvent, la dernière partie de l'année reste synonyme de forte intensité de travail dans le suivi budgétaire.

4.3.5 Créances dues aux ipm par des tiers

Il s'agit plus particulièrement des arriérés de cotisations que les participants et/ou les entreprises doivent à leur IPM d'affiliation.

En 2014, le montant des créances dues aux IPM s'élevait à plus de 5 milliards de FCFA et était détenu à 64,3% par les participants (travailleurs) et à 29,6% par les adhérents (entreprises). Il faut relever aussi que 6% de ces créances sont détenues par des tiers autres que ces deux acteurs.

Le tableau n°4.3.15 présente la situation des créances dues aux IPM depuis 2012.

Tableau n° 4.3.15: Répartition des sommes annuellement dues aux IPM en fin de gestion par catégorie de créanciers

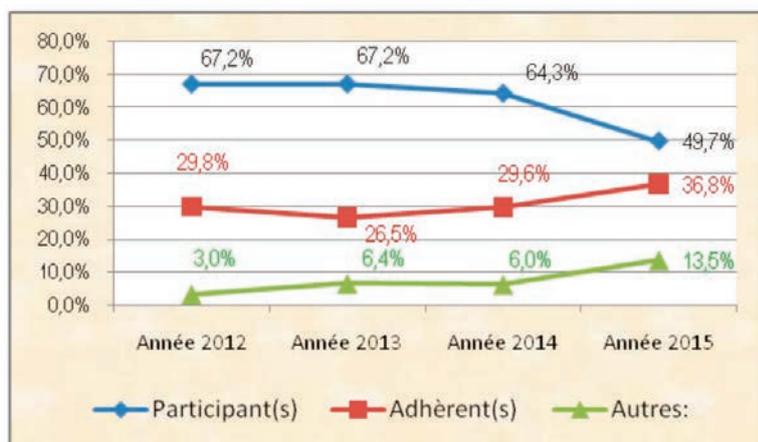
CRÉANCIERS	Gestion en cours		Année 2014		Année 2013		Année 2012	
	Montant annuel	%						
Participant(s)	865786613	49,7%	3222043542	64,3%	3102357670	67,2%	3060485686	67,2%
Adhèrent(s)	639915180	36,8%	1485301680	29,6%	1222688242	26,5%	1358931942	29,8%
Autres:	235519131	13,5%	302715264	6,0%	293762812	6,4%	137192744	3,0%
TOTAL	1741220924	100,0%	5010060486	100,0%	4618808724	100,0%	4556610372	100,0%

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

92

Il apparait que le niveau de créances dues aux IPM s'est renforcé progressivement depuis 2012, avec une progression faible de l'ordre de 1,4% entre 2012 et 2013 qui s'est, par la suite, fortement accentuée, avec un taux d'accroissement de 8,2% entre 2013 et 2014.

Graphique 3.10: Evolution de la part des créances dues aux IPM par type de créancier



Source : Tableau n°3.15 supra.

De manière générale, sur la période 2012-2014, les créances dues aux IPM et détenues par les participants (salariés) ont connu une baisse régulière, bien que leur intensité semble se stabiliser autour de 2/3 des créances totales, voire se résorber faiblement. En 2014, la part de créances détenues par les salariés se situait à 64% et durant la gestion en cours (au

1^{er} octobre 2015), ces derniers n'en devaient que 49,7% aux IPM.

Par contre, les créances exigées des entreprises (adhérents) ont connu une baisse,

en volume comme en intensité, entre 2012 et 2013. En 2014, leur niveau s'est accentué de nouveau, pour dépasser celui de 2012, soit une progression supérieure à 9%.

A cette date, on relève une part importante de créances détenues par des tiers (soit 6%) et qui tend à gagner en consistance en 2015.

Le niveau de ces créances est un paramètre à prendre en compte dans la solvabilité de l'Institution en rapport avec son niveau d'endettement. Il témoigne de l'existence de ressources potentielles dont le recouvrement pourrait permettre à l'IPM d'augmenter ses liquidités en vue de faire face à ses dettes et, de ce fait, de sa capacité à procéder à leur apurement ; ce qui est de nature à renforcer son degré de solvabilité et sa crédibilité.

La partie suivante analyse cette question à travers le bilan de gestion des IPM, en rapprochant leurs niveaux d'endettement et de créances.

4.3.6 Ratios de gestion et analyse financière

Niveau de liquidité générale des IPM

Le niveau de liquidité des IPM, sur la période 2012-2015, est apprécié à travers le **ratio de liquidité générale (RLG)** (*current ratio*). Cet indicateur mesure généralement le rapport entre les actifs à court terme (current assets) et les passifs (current liabilities), pour l'évaluation du niveau de liquidité des IPM. L'indicateur a été obtenu ici en rapportant, annuellement, le montant des créances dues par des tiers à l'année (t) aux dettes des IPM vis-à-vis des tiers pour l'année considérée. La formule est simplifiée comme suit :

$$\text{RLG}(t) = \frac{\text{Créances dues à l'IPM en année (t)}}{\text{Dettes de l'IPM vis-à-vis des tiers en année (t)}}$$

Le tableau n°4.3.16 dresse un bilan de gestion des IPM et son évolution durant la période 2012-2014.

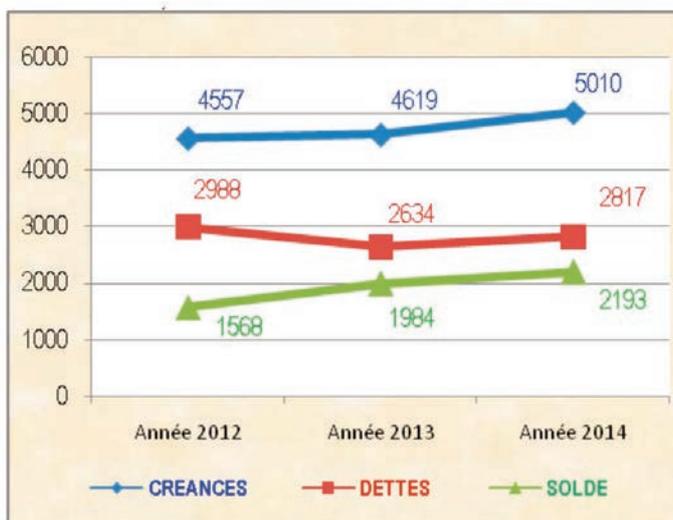
Tableau n°4.3.16: Evolution du bilan de gestion des IPM sur la période 2012-2014 et tendance pour 2015

	Gestion en cours (partiel)	Année 2014	Année 2013	Année 2012	Total période 2012-2015
CREANCES RECOUVRER A	1 741 220 924	5 010 060 486	4 618 808 724	4 556 610 372	14 185 479 582
DETTES DUES A TIERS	1 314 380 659	2 817 251 286	2 634 377 250	2 988 156 191	8 439 784 727
SOLDE	426 840 265	2 192 809 200	1 984 431 474	1 568 454 181	5 745 694 855
Ratio de liquidité générale	1,32	1,78	1,75	1,52	1,63

Il s'avère que le bilan des IPM montre un solde globalement positif. Il met en évidence un niveau de liquidités qui témoigne de la capacité potentielle des IPM à pouvoir éponger largement leurs dettes si elles venaient à recouvrer leurs créances détenues par des tiers, notamment auprès des participants (salariés) et des adhérents (entreprises).

En outre, comme le révèle le tableau précédent, les IPM étaient en mesure de dégager, entre 2012 et 2015, un solde cumulé de plus de 6 milliards de FCFA d'excédents. L'année 2014 présente une situation record avec un niveau de liquidités qui dépasse 2 milliards de FCFA pour la seule année et un ratio de couverture des créances sur les dettes de 1,78. L'année 2015 se présente aussi sous de bon auspices, avec près de 427 millions de FCFA de liquidités potentielles dégagées à un trimestre de clôture de l'exercice en cours. Ce qui s'est traduit par un ratio de liquidités de 1,32 qui dénote un niveau de couverture des créances sur les dettes d'environ + 32,5%.

Avec l'effort mis sur la maîtrise de l'endettement, le solde de gestion connaît une hausse continue depuis 2012, avec un taux de croissance de 26,5% entre 2012 et 2013 et une progression de 10,5% entre 2013 et 2014.



Graphique n°3.10: Evolution du bilan de la gestion comptable des IPM entre 2012 et 2014 et tendance (en milliers FCFA)

En définitive, la situation financière des IPM, telle que décrite par ce tableau, est une indication, à court terme, de leur capacité à pouvoir honorer leurs engagements et à disposer, en plus, de fonds de roulement positif. Cela pourrait se

Source : Tableau n°3.16 supra.

traduire par un réinvestissement ou un dépôt en banque leur permettant de faire des immobilisations durables et, ce faisant, de se prémunir contre des aléas et ainsi améliorer leur solvabilité sur le long terme.

Par ailleurs, la solvabilité des IPM, qui consacre leur capacité à assurer leur avenir (i.e. leur pérennité), pourrait être appréciée par un indicateur plus global résultant des actifs et des passifs immobilisés. Cependant, considérant la situation positive notée depuis 2012 et du niveau de liquidités (par conséquent de réserves) relevé dans la section précédente, on peut présager de la capacité des IPM à soutenir leur solvabilité dans le moyen terme au moins.

SECTION 4.4 : FONCTIONNEMENT DES IPM

Les données concernant le fonctionnement des IPM portent à la fois sur le mode de gouvernance, les cas de contentieux, les difficultés majeures rencontrées, la gestion informatisée et les propositions de solutions aux problèmes, obtenus à partir de la base de l'ENIPM 2015.

Elles étudient l'existence du système informatique, du réseau local et de l'accès à l'internet. Ainsi, ce rapport s'appuie sur les statistiques fournies par les 103 IPM enquêtées. Pour ce faire, l'analyse présentera le bilan détaillé de la gestion informatisée, les problèmes de contentieux et les difficultés identifiées au cours de l'année 2015 et proposera quelques pistes de solutions.

4.4.1 La gouvernance des ipm

4.4.1.1 Périodicité des réunions des organes statutaires

Les organes statutaires d'une IPM sont composés du Collège des représentants, du Conseil d'administration et du Bureau exécutif.

96

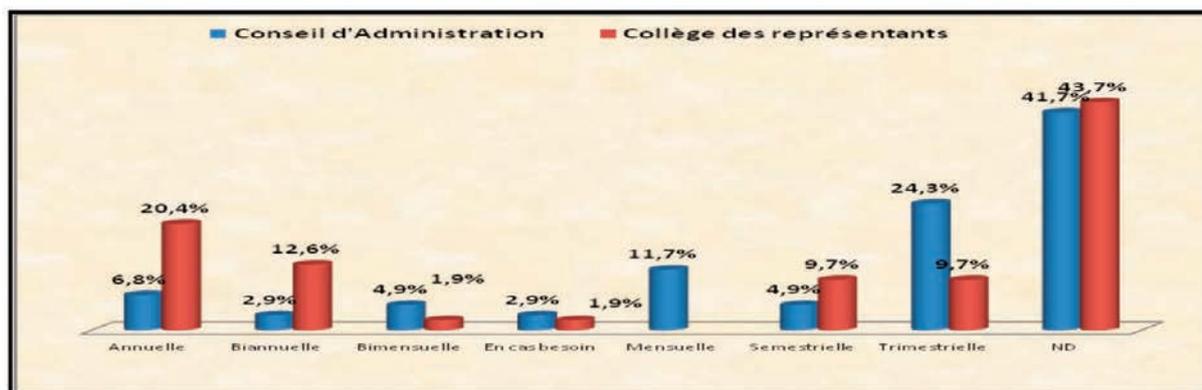
A titre de rappel, les organes statutaires doivent se réunir au moins deux fois par an en session ordinaire pour le Collège des représentants et chaque trimestre pour le Conseil d'administration conformément aux articles 27 et 30 du décret n°2012-832 du 07 août 2012.

Le Collège des représentants peut se réunir exceptionnellement sur demande d'un tiers (1/3) des membres, adressée au Président du Conseil d'administration qui convoque la réunion dans les trente jours qui suivent.

De même, à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres, le Conseil d'administration peut se réunir exceptionnellement.

Les diagrammes ci-dessous donnent la fréquence de la tenue des réunions des organes statutaires.

Graphique n° 4.01: Le diagramme de fréquence cumulée des réunions du conseil d'administration et du collège des représentants



Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

L'on note sur le diagramme ci-dessus un taux de non réponse assez élevé, soit 43,7% pour la fréquence des réunions du Collège des représentants et 41,7% pour celle du Conseil d'administration.

On peut en déduire que dans de très nombreuses IPM, les organes statutaires ne se réunissent pas conformément à la réglementation.

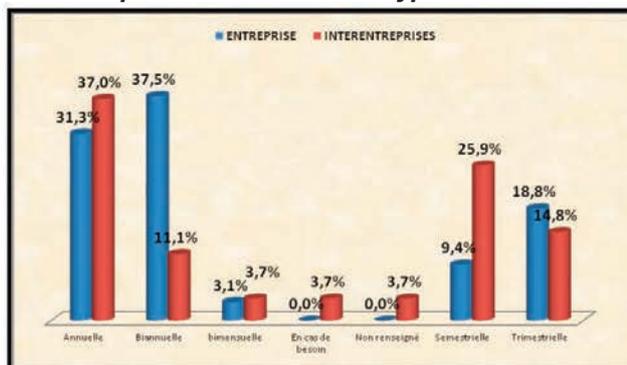
Il a été aussi noté des disparités importantes dans la fréquence de la tenue des réunions statutaires d'une IPM à une autre.

Ces disparités sont encore plus prononcées si on compare les IPM d'entreprise et les IPM interentreprises que le diagramme ci-dessous met en évidence.

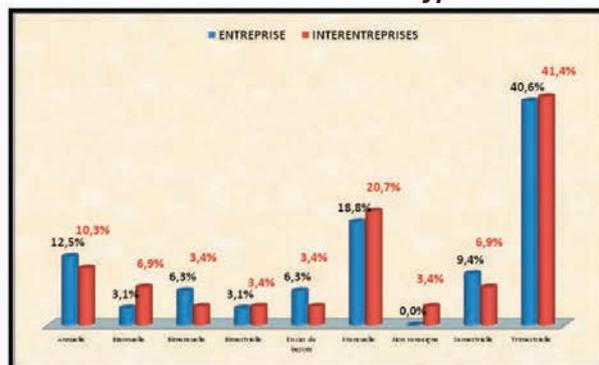
Sur la base du taux de réponse obtenu, on note une tendance plus marquée de réunions du Collège des représentants dans les IPM interentreprises que dans les IPM d'entreprise avec respectivement une fréquence semestrielle de 25,9% et 9,4%. Pour ce qui concerne le Conseil d'administration, c'est le même constat qui est fait avec une fréquence trimestrielle des réunions de 41,4% pour les IPM interentreprises et 40,6% pour les IPM d'entreprise.

Graphique n° 4.02: Les diagrammes de fréquence des réunions des organes statutaires

Fréquence des réunions du collège des Représentants selon le type d'IPM



Fréquence des réunions du Conseil d'Administration selon le type d'IPM



Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

De tels manquements ont des impacts sur la vie et le fonctionnement des IPM eu égard aux attributions légales qui leur sont conférées en matière budgétaire, comptable, technique et financière.

La tutelle technique et l'ICAMO doivent apporter aux IPM l'appui et le soutien nécessaire pour une meilleure conformité à la législation et au besoin enjoindre les contrevenants à se conformer aux prescriptions légales en vigueur.

4.4.1.2 Ordonnement des dépenses

Cette partie concerne la qualité des personnes habilitées à engager des dépenses dans les IPM.

Le suivi est fait à partir des données provenant à la fois d'IPM d'entreprise à hauteur de 46% des répondants et d'IPM interentreprises pour 54%.

Il ressort des diagrammes ci-dessous une variété de situations où les dépenses sont ordonnées soit par :

- le PCA seul, pour 11% des cas concernant les IPM d'entreprise et 9% des cas pour les IPM interentreprises ;
- le Trésorier seul, pour 7% des cas concernant les IPM d'entreprise et 6% des cas pour les IPM interentreprises ;
- le Gérant seul, pour 24% des cas concernant les IPM d'entreprise et 17% des cas pour les IPM interentreprises ;
- le PCA et le Trésorier, pour 13% des cas concernant les IPM d'entreprise et 15% des cas pour les IPM interentreprises ;
- le Président et le Gérant, pour 13% des cas concernant les IPM d'entreprise et 9% des cas pour les IPM interentreprises ;
- le Trésorier et le Gérant, pour 35% des cas concernant les IPM d'entreprise et 34% des cas pour les IPM interentreprises ;

- le Président, le Gérant et le Trésorier pour 0% des cas concernant les IPM d'entreprise et 2% des cas pour les IPM interentreprises.

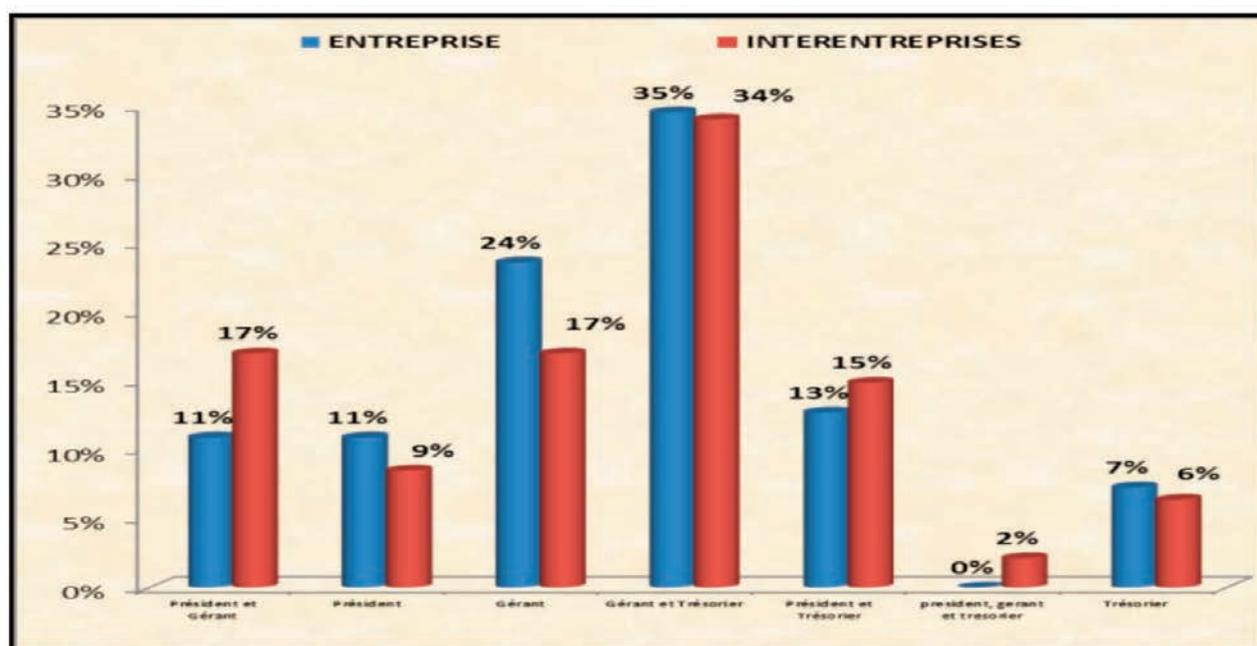
Il est à noter, cependant, que dans 1% des cas, l'enquête n'a pas pu établir la qualité des personnes qui engagent les dépenses.

A l'exception du cas où les dépenses sont engagées par le gérant et le trésorier, ces pratiques ne sont pas conformes à la réglementation.

Pour rappel, aux termes de l'article 39 du décret n°2012-832 du 07 août 2012, tous les paiements doivent être effectués conjointement par le Gérant et le Trésorier.

Le graphique n°4.03 montre que c'est seulement dans 35% des IPM d'entreprise et 34% des IPM interentreprises que les dépenses sont engagées conformément à la réglementation en vigueur.

Graphique n° 4.03: diagramme sur l'ordonnancement des dépenses



Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

La tutelle technique, en collaboration avec l'ICAMO, devrait prendre des mesures pour rendre effectifs les contrôles des Inspecteurs et Contrôleurs du Travail, au sein des IPM, ainsi que les moyens de contraintes.

4.4.1.3 Gestion du risque contentieux dans les IPM

Cette partie concerne la typologie des risques auxquels les IPM sont confrontées et qui concernent notamment, le contentieux du recouvrement, le contentieux social, le contentieux de gestion (cotisations, quote-part, endettement, fournisseurs), la

fraude sur les médicaments, la substitution d'ayants droit, la sur-prescription des médicaments, le dépassement d'honoraires.

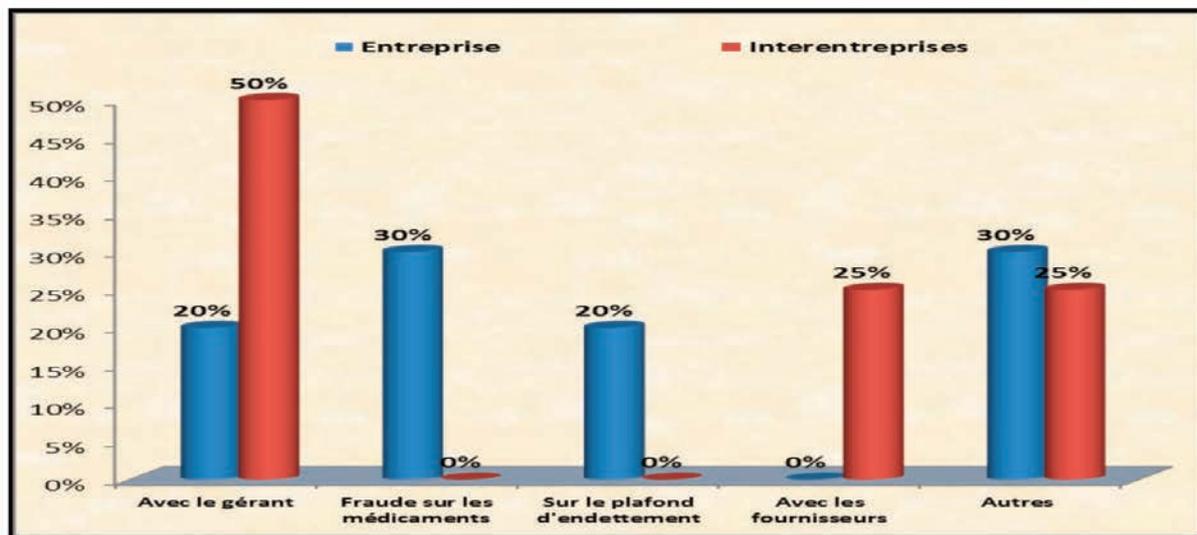
Le suivi du risque contentieux est fait à partir des données provenant à la fois d'IPM d'entreprise à hauteur de 44,4% des répondants et d'IPM interentreprises pour 55,6%.

Au sein des IPM interentreprises, le contentieux avec le gérant est le plus marqué avec 50% des contentieux, suivi par celui concernant les fournisseurs à hauteur de 25%. Ce facteur reste dominant dans le cumul des autres cas de contentieux tels le salaire, le renouvellement des instances, etc. pour 25%.

Cependant, au niveau des IPM d'entreprise, la fraude sur les médicaments est le contentieux le plus fréquent avec 30% des cas. Les contentieux avec le Gérant et celui portant sur le plafond d'endettement présentent le même degré de risque. On attribue pour chaque cas 20% des contentieux.

En définitive les contentieux sont plus présents dans les IPM d'entreprise en fonction de leurs diversités mais ont des intensités plus fortes au niveau des IPM interentreprises.

Graphique n° 4.04: diagramme sur la gestion du risque contentieux dans les IPM



Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

A cet effet, une attention particulière doit être apportée à la gestion du personnel, à la gestion technique et sur les médicaments.

L'ICAMO devra apporter l'appui et le soutien nécessaire pour l'amélioration des outils et méthodes de gestion des IPM.

Compte tenu du poids des médicaments dans les dépenses des IPM, un appui est nécessaire pour contrer les fraudes et contenir les dépenses dans des proportions raisonnables.

4.4.2 La gestion informatisée des IPM

Le traitement de cette partie permet d'analyser les informations obtenues par type d'IPM et leur niveau d'informatisation.

L'analyse de ces données se concentre d'abord sur la situation globale des IPM visitées selon qu'elles sont informatisées, en réseau ou ont un accès à l'internet.

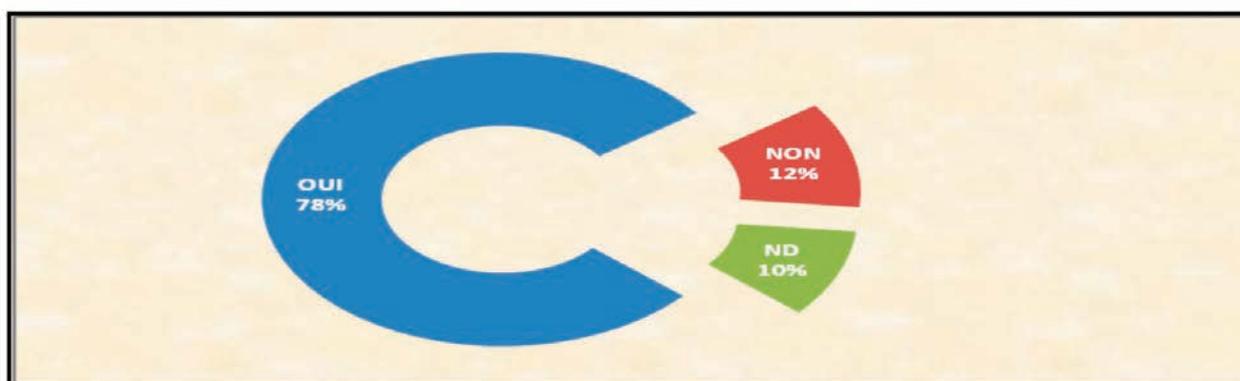
4.4.2.1 Les IPM informatisées

Tableau n°4.4.2.01 : Informations sur l'état des IPM informatisées selon le type Nature IPM

Nature IPM	ENTREPRISE				INTERENTREPRISES				Total général
	OUI	NON	ND	Total	OUI	NON	ND	Total	
Informatisée	44	6	4	54	37	6	6	49	103

Source: ENIPM 2015, MTDSOPRI

Graphique n° 4.05 : Le diagramme illustratif des IPM informatisées



Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Il ressort de ces statistiques que 78,6% des IPM sont informatisées, soit un nombre de 81 sur un total de 103 répondants. Parmi ces 81 IPM, 44 IPM d'entreprise sont informatisées (81,5%) contre 37 IPM interentreprises (78,6%).

Par contre, 12 IPM sur le total général, soit 11,7% ne sont pas informatisées et 10 IPM soit 9,7% pour lesquelles l'enquête n'a pas pu déterminer leur situation réelle. Le taux d'informatisation concerne toutes les IPM qui fonctionnent souvent avec un progiciel métier ou avec le logiciel de bureautique Excel. Ce constat indique un bon

taux d'informatisation mais la réalité est que ces IPM sont dotées de progiciel métier souvent incomplet.

La situation sur le taux de non informatisation des IPM peut être expliquée par le manque de moyens financier et technique.

Il résulte de ces statistiques que certaines IPM devront être accompagnées pour se doter d'équipements informatiques et suivre une bonne formation en la matière, afin que les gestionnaires puissent donner des informations complètes sur leurs modes de fonctionnement mais aussi répondre aux exigences des missions qui leur sont assignées.

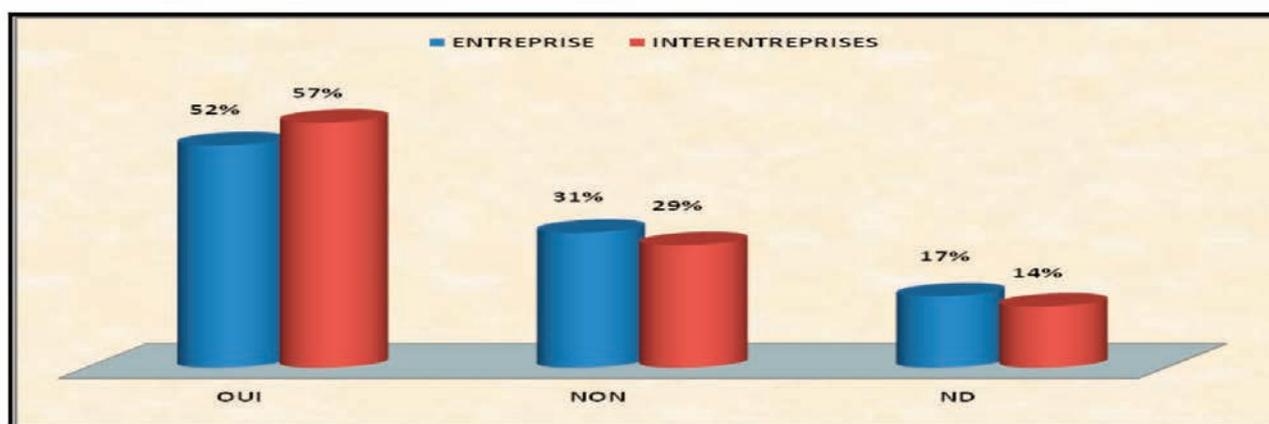
4.4.2.2 Les IPM utilisant un réseau local

Tableau n°4.02: Informations sur l'état des IPM utilisant un réseau selon le type Nature IPM

Nature IPM	ENTREPRISE				INTERENTREPRISES				Total général
	OUI	NON	ND	Total	OUI	NON	ND	Total	
Utilisation en réseau	28	17	9	54	28	14	7	49	103

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Graphique n° 4.06 : Le diagramme illustratif des IPM en mode réseau



Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Il ressort également que 52% des IPM d'entreprise et 57% des IPM Interentreprises sont équipées d'un réseau local contre respectivement 31% et 29% qui n'en disposent pas. Il est noté que, pour 17% des IPM d'entreprise et 14% des IPM Interentreprises, l'enquête n'a pas pu déterminer leur situation réelle.

Le taux très élevé d'IPM ayant répondu négativement montre qu'il est impératif de les accompagner pour leur mise en réseau.

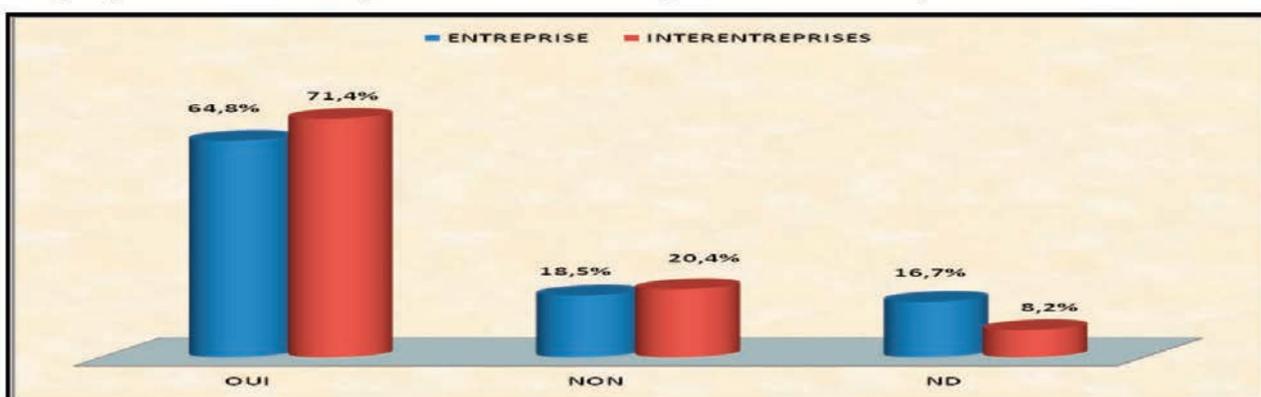
4.4.3 Les IPM disposant d'une connexion internet

Tableau n°4.03: Informations sur l'état des IPM disposant d'une connexion internet

Nature IPM	ENTREPRISE				INTERENTREPRISES				Total général
	OUI	NON	ND	Total	OUI	NON	ND	Total	
Accès internet	35	10	9	54	35	10	4	49	103

Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Graphique n° 4.07 : Le diagramme illustratif la répartition des IPM ayant accès à l'internet

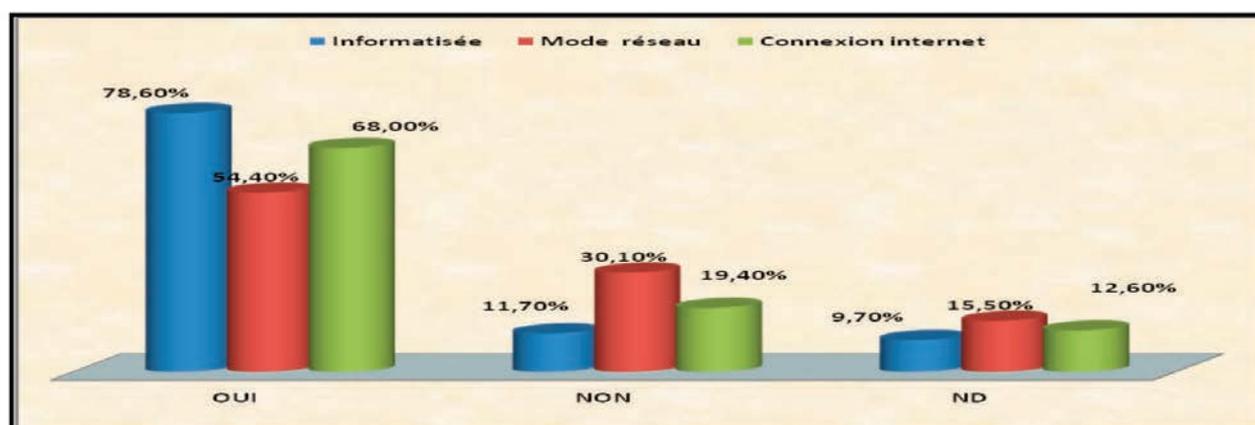


Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Il ressort également de ces statistiques que 64,8% des IPM d'entreprise et 71,4% des IPM Interentreprises ont accès à une connexion internet contre respectivement 18,5% et 20,4% qui n'en disposent pas. Il est noté que, pour 16,7% des IPM d'entreprise et 8,2% des IPM Interentreprises, l'enquête n'a pas pu déterminer leur situation réelle.

De manière générale, il y a un bon taux de pénétration de l'outil informatique dans les IPM. Le graphique ci-dessous montre que 78,60% des IPM ont accès à l'informatique, 54,40% sont en mode réseau et 68% disposent d'une connexion internet.

Graphique n° 4.08: Le diagramme synthétique sur l'utilisation des TIC dans les IPM



Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

D'après les analyses ci dessus, il s'avère de mettre en place un schéma directeur informatique prévu dans le cadre du projet de système d'information de l'assurance maladie obligatoire(SIAMO) en cours de mise en œuvre au niveau du Ministère chargé du Travail et résorber le gap des IPM en matière d'équipements et de logiciels.

Ainsi, les IPM doivent, à partir des référentiels existants :

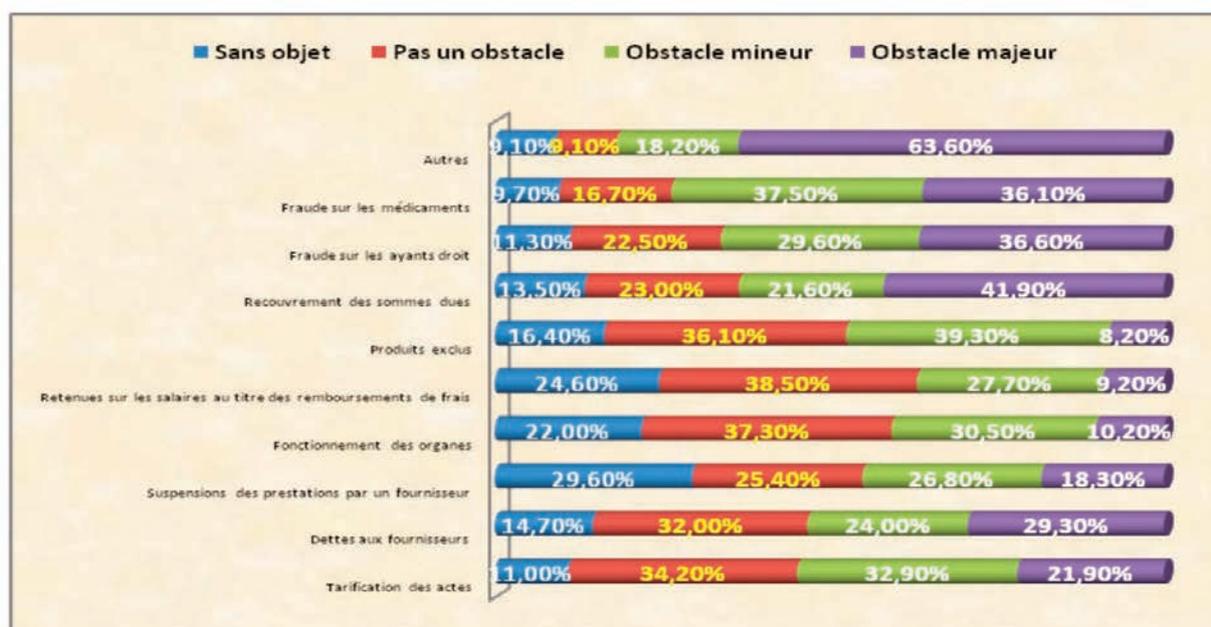
- adopter une codification unique de leurs actes définie par une commission ad hoc regroupant les acteurs clés notamment le ministère chargé du travail, le Ministère chargé de la santé, le Ministère de l'intérieur etc. ;
- adopter et généraliser un logiciel métier performant pour la gestion des IPM répondant aux critères précis du cahier des charges du SIAMO, mais aussi de dématérialiser le parcours de soins des IPM en généralisant l'utilisation d'un système de cartes à puce et qui prend en compte les aspects du contrôle médical ainsi que la lutte contre la fraude sur les bénéficiaires, les actes et les prix. Ce procédé doit être implémenté dans le progiciel de gestion choisi pour le SIAMO.

4.4.4 Difficultés majeures de fonctionnement des IPM

Les IPM, dans leur fonctionnement quotidien, font face à de nombreux défis liés notamment aux relations avec les fournisseurs de soins, les participants et les adhérents.

Pour assurer l'équilibre de l'Institution, le traitement diligent de certaines questions sensibles apparaît comme un impératif, notamment la gestion des médicaments, la lutte contre la fraude, la sur-prescription médicale, la solvabilité, le recouvrement des cotisations et sommes dues, la gestion du tiers payant en rapport avec l'endettement des participants.

Graphique n° 4.09: Les diagrammes sur l'identification des difficultés majeures des IPM



Source: ENIPM 2015, DPS-DSTE, MTDSOPRI

Il ressort de l'étude de l'identification des difficultés rencontrées par les IPM par niveau de gravité que:

- 41,90% des IPM considèrent que le recouvrement des sommes dues constitue un obstacle majeure pour elles tandis que 21,60% d'entre elles la considère comme un obstacle mineur ;
- 36,60% des IPM considèrent que la fraude sur les ayants droits constitue un obstacle majeure pour elles tandis que 29,60% d'entre elles la considère comme un obstacle mineur ;
- 36,10% des IPM considèrent que la fraude sur les médicaments constitue un obstacle majeure pour elles tandis que 37,50% d'entre elles la considère comme un obstacle mineur ;

- 29,30% des IPM considèrent que la dette aux fournisseurs constitue un obstacle majeure pour elles tandis que 24,00% d'entre elles la considère comme un obstacle mineur ;
- 21,9% des IPM considèrent que la tarification des actes constitue un obstacle majeure pour elles tandis que 32,9% d'entre elles la considère comme un obstacle mineur ;
- 18,30% des IPM considèrent que la suspension des prestations par un fournisseur constitue un obstacle majeure pour elles tandis que 26,80% d'entre elles la considère comme un obstacle mineur ;
- 10,20% des IPM considèrent que le fonctionnement des organes constitue un obstacle majeure pour elles tandis que 30,50% d'entre elles la considère comme un obstacle mineur ;
- 9,20% des IPM considèrent que la retenue sur les salaires au titre des remboursements de frais constitue un obstacle majeure pour elles tandis que 27,70% d'entre elles la considère comme un obstacle mineur ;
- 8,20% des IPM considèrent que les produits exclus constituent un obstacle majeure pour elles tandis que 39,30% d'entre elles les considèrent comme un obstacle mineur ;

En définitive, le recouvrement des sommes dues, la fraude sur les ayants droits ainsi que la fraude sur les médicaments constituent les obstacles les plus relevés par les IPM et peuvent impacter négativement sur la viabilité financière de ces institutions.

Conclusion partielle

Sur la base des constats ci-dessus, des mesures correctives devraient être apportées pour garantir la viabilité et la solvabilité des IPM.

De ce fait, il serait judicieux de faire respecter la fiche de poste de gérant des IPM lors du recrutement.

Le problème de la gestion du médicament (graphique n° 4.09), doit être inscrit dans les priorités d'actions, eu égard à leur poids dans les dépenses de soins.

Il y a lieu également de s'attaquer au problème de la solvabilité, car il apparaît que les IPM doivent beaucoup d'argent aux prestataires de soins (médecins, pharmacie, hôpitaux, cliniques, laboratoires ...). De ce point de vue, le fond de garantie prévu par la réglementation et dont la gestion est confiée à l'ICAMO devrait contribuer à régler ce problème. Cette solution aura le mérite d'éviter aux IPM des déconvenues telles que la suspension des prestations aux bénéficiaires et devra aussi permettre de renforcer les relations de confiance et de partenariat entre les IPM et les prestataires de soins.

L'équilibre entre les ressources et les dépenses dans une IPM est le pilier sur lequel repose l'octroi des prestations aux participants. Ces derniers, au même titre que les employeurs, devraient être sensibilisés sur leurs devoirs envers l'Institution pour libérer dans des délais utiles et raisonnables les quotes-part de remboursements de frais qui doivent alimenter la trésorerie des IPM.

Le système de tarification des actes médicaux en vigueur impacte beaucoup sur les ressources des IPM et est souvent à l'origine de malentendus avec les professionnels de santé.

Pour stabiliser leurs ressources, les IPM doivent s'orienter vers la contractualisation des soins avec les professionnels de santé.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS GENERALES

Les résultats de cette enquête ont démontré que le secteur de l'assurance maladie obligatoire connaît une croissance soutenue depuis une quarantaine d'années avec une dynamique de création régulière d'IPM, une situation financière appréciable et une prise en charge étendue à toutes les rubriques de prestations essentielles.

Cependant, au regard des indicateurs de couverture définis, on note encore quelques insuffisances qui pourraient être corrigées grâce à un bon maillage du territoire, à une amélioration du contrôle et du suivi par la tutelle et à un accompagnement efficient des IPM sur le plan technique et financier.

A cet effet, les recommandations suivantes ont été formulées pour poursuivre cette dynamique d'amélioration du système de l'assurance maladie obligatoire :

- réactualiser les données statistiques des IPM de façon périodique (tous les 5 ans) ;
- améliorer le processus de collecte des données lors des prochaines enquêtes ;
- planifier et mettre en œuvre un programme national pour améliorer l'intervention de l'Administration du Travail dans le domaine de l'Assurance Maladie obligatoire (formation – sensibilisation – accompagnement – contrôle) et atteindre ainsi un taux de couverture satisfaisant ;
- veiller à l'application effective de la réglementation en vigueur en matière de contentieux et insérer les moyens de contraintes dans les textes qui régissent les IPM ;
- promouvoir la création d'IPM interentreprises, d'envergure régionale, dans les régions qui n'abritent pas actuellement d'IPM et enregistrant une faible concentration d'entreprises ;
- élaborer des ratios de gestion des IPM tenant compte des normes et standards communautaires et internationaux pour une meilleure conduite de la gestion de ces Institutions;
- élaborer un manuel de procédures administratives financières et comptables des IPM pour une meilleure harmonisation des pratiques ;
- renforcer les capacités des membres des organes dirigeants des IPM tant sur le plan juridique que sur le plan technique ;
- veiller au respect de la fiche de poste annexée aux statuts des IPM lors du recrutement des gérants d'IPM ;
- mettre en place un mécanisme de maîtrise des coûts dans le cadre de la consommation médicale, du contrôle médical et de la lutte contre la fraude ;
- promouvoir la politique des médicaments génériques ;

- rendre effectif le Fonds de garantie et de solidarité des IPM ;
- promouvoir la signature de conventions cadres pour fixer des tarifs promotionnels des actes médicaux applicables aux IPM afin d'optimiser les dépenses de santé ;
- exploiter les opportunités offertes dans le cadre des politiques de gratuité pour certaines catégories d'actes médicaux au Sénégal ;
- promouvoir une meilleure informatisation de la gestion des IPM pour faciliter la collecte de leurs données statistiques en temps réel ;
- dématérialiser le parcours de soins des IPM en généralisant l'utilisation d'un système de cartes à puce ;
- concevoir un système unique et standardisé de codification des actes des IPM conformément à la nomenclature générale des actes médicaux ;
- Concevoir et mettre en place un système d'information de l'AMO.

ANNEXES

Annexe n°1 liste du personnel mobilisé pour l'enquête

Président du Comité de pilotage :

M. Abdoulaye GUEYE, Secrétaire général du Ministère

Coordonnateur de l'équipe technique:

M. Karim CISSE, Directeur général du Travail et de la Sécurité sociale

Responsables techniques :

M. Harouna Haby LY, Directeur des Statistiques du Travail et des Etudes

Mme DIAKHATE Nna Fatoumata DRAME, Directrice de la Protection sociale

Assistants techniques :

M. Ablaye Mamadou TALL, Représentant de l'ANSD

M. Cheikh Ibra FALL, Président de l'Association des Gérants d'IPM du Sénégal (AGIS)

Responsables financiers :

M. Yellamine GOUMBALA, Directeur administratif et financier à l'agence de la CMU ;

M. Oumar GAYE, Directeur de l'administration générale et des équipements au Ministère chargé du travail ;

Assistants financiers :

M. Mandiaye DIOP, Chef de la division budget et finance de l'Agence de la Couverture maladie universelle ;

M. Alassane COLY, Coordonateur de la Cellule de passation des marchés du Ministère en charge du Travail et de la Sécurité sociale.

Superviseurs :

axe Dakar 1 : M. Ousseynou Aly KHAIRIDINE de la DSTE et M. Magor SOW de l'ACMU

axe Dakar 2 : Mme COLY Marie Rosalie NGOM Chef Division IPM et Mme MBAYE Rokhaya BADIANE de l'ACMU

axe centre : Dr Amadou THIAM de l'ACMU

axe nord : M. Alpha NDIAYE Président de la COSRISS

axe Sud : M. Ibra Ndoeye de la DRTOP

Contrôleurs :

axe Dakar 1 : M. Mouhamed Mactar LOUM de l'IRTSS Dkr – Mme Seynabou THIAM de la DSTE – Mme Ndiémé SECK DIOUF de la DPS

axe Dakar 2 : M. Djibril KANE de l'IRTSS Rufisque et Mme Marie Odile FAYE DIEDHIOU de la DPS

axe centre : M. Amadou BALDE IRTSS Thiès et M. Seydina DIAGNE IRTSS Kaolack

axe nord : M. Babacar Mbodj IRTSS St Louis et M. Tene GAYE IRTSS Louga

axe Sud : M. Enie Joel Coly IRTSS ZIG et M. Ablaye NDOYE IRTSS Kolda

Chefs d'équipe

M. Mansour FALL, Chef de la CEP

Mme Khadidiatou Ka AGNE de la DGTSS

Mme Seynabou MARONE de la DPS

Mme Arame NDOYE DIAGNE de la DPS

M. Baboucar BASSE de la DPS

M. Talybouya BA de la DPS

M. Moussa SARR de la DPS

M. El Hadj Ibrahima DIALLO de la DRTOP

M. Oumar BARRY de la DRTOP

Mme Annette CAMPAL DIALLO de la DGTSS

Enquêteurs :

Dans les régions :

IRTSS Thiès : Alassane NIANG

IRTSS Kaolack : Massar GAYE

IRTSS St Louis : Aly THIOR

IRTSS Louga : walty NDIAYE

IRTSS ZIG : Jean Louis Aimé DACOSTA

IRTSS Kolda : Fatoumata Bintou DIALLO

A Dakar :

Moustapha CAMARA

Pierre Michel NGOM

Pierre FAYE

Alexis DIEDHIOU

Safiètou DIENE

Alexandre Mike Serra ETEKI

Mamadou DRAME

Coumba DIAKHATE
M. Demba DIALLO
Aboubakrine THIAM
Khady DIOUCK
Abdoulaye Diack MARONE
Samba Souleye HANNE
Nalla DIALLO
Ahmadou THIAM
Amdy Moustapha AMAR
Fatimata LY
Abdoul Aziz BARRO
Amadou AW
Abdoul Lahad FAYE
Ndiouga GUEYE
Modou GUEYE
Ibrahima MBENGUE
Marie André Adelaide Assomption DIOUF
Marie Sabina DIATTA
Mamadou Lamine MANE
Mamadou Mansour Coly
Amadou FALL
Ibrahima FALL
Lamine NIANG

Chauffeurs :

Dans les régions

IRTSS Thiès : Pape Ndiaga DIOP
IRTSS Kaolack : Sombel SENE
IRTSS St Louis : Sylla Fary SEYE
IRTSS Louga : Mor GOUMBALA
IRTSS ZIG : Ndiène NDIAYE
IRTSS Kolda : Fodé MBALLO

A Dakar

Massamba MBAYE
Modou Mayé NDIAYE
Babacar DIEME
Latyr NDIONE
Moussa NDOUR

Aboubakry Sidikh DIALLO
Ibra Bouna FALL
Aly MBAYE
Mactar NOKHOU
Omar DIALLO

Agents de saisie :

Maty THIAM
Bineta SARR
Arame Mouctar LY
Ndama FALL
Amadou SALL
Christian BASSENE
Arona MBAYE
Sérigne Modou NDIAYE
Adja Bineta NDOUR
Astou DIARRA

Contrôleurs de saisie :

Mme Adama FALL TOURE, Conseiller technique n°4 du Ministre
Mme THIONGANE Fatimata MANGANE, Chef cellule informatique DSTE

115

Agents d'appui :

Secrétaires :

Mme DIAKHATE Aissatou GASSAMA
Mme Dior THIAM DIOP
Mme Aissatou NGOM
Mme Khar THIAM HANN
Mme Aminata BOYE NDIAYE

Commis / agents courrier :

Mme Ndeye Fatou FALL
Mme Ndoya NDAW
Mme Dieyla SAMB
M. Leon David Djibril KOUNDE
M. Savrou SYLLA

Annexe n°2 : le questionnaire de l'enquête et son guide de remplissage

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi

=====

MINISTERE DU TRAVAIL DU DIALOGUE SOCIAL
DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES
ET DES RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS

=====

DIRECTION GENERALE DU TRAVAIL
ET DE LA SECURITE SOCIALE

Direction de la Protection sociale /
Direction des statistiques du Travail et des Etudes
Tél :22 822 08 69/22 821 77 66

Les données recueillies par ce questionnaire ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celles de diffuser ou de publier des résultats statistiques agrégés (loi 2004-21 du 21 juillet 2004 portant organisation des activités statistiques)

N° QUESTIONNAIRE	E	IN				
<i>Ne rien écrire ici</i>						

ENQUETE NATIONALE SUR LES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE MALADIE

Dénomination IPM :

Visa de validation des données collectées				
	Responsable Technique	Superviseur	Contrôleur	Chef d'Equipe
Prénoms et Nom				
Dates				
Signatures				
Observations				

Visa de validation après saisie				
	Responsable Technique	Informaticien	Contrôleurs de saisie	Agent de saisie
Prénoms et Nom				
Dates				
Signatures				
Observations				

IDENTIFICATION DE L'IPM

1.1 Dénomination

1.2 TYPE D'IPM : ENTREPRISE ... /// IPNTERENTREPRISES

1.3 Adresse : siège social

Région département.....

BP.....n° téléphone, fax

Email

1.4 Nombre d'entreprises et établissements adhérents à l'IPM

1.5 Numéro et date d'arrêté d'approbation

1.6 Date de démarrage des activités

1.7 N° Compte contribuable NINEA

1.8 N° IPRES N° CSS

1.9 Prénom et Nom du Président :.....

Tél :.....Date de fonction :.....

1.10 Prénom et Nom du Trésorier :.....

Tél :.....Date de fonction :.....

1.11 Prénom et Nom du Gérant :.....

Tél :..... Date d'embauche :.....

Joindre en annexe de ce présent guide :

A Liste des entreprises et établissements adhérents à l'IPM avec localisation, activité principale et effectif ;

B Listes des prestataires de soins agréés (médecins, cliniques, Pharmacies et dépôt de pharmacie, Hôpitaux et formations sanitaires publics) par l'IPM

C Composition du Conseil d'Administration en cours (prénoms et nom, qualité et fonctions des membres).

I BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS SERVIES PAR L'INSTITUTION AU COURS DES TROIS DERNIERES ANNEES

CATEGORIE		A la date de l'Enquête	31/12/2014	31/12/2013	31/12/2012
Participants (salariés /cotisants)	Masculin				
	Féminin				
Conjoints		Épouses			
		Époux			
Enfants	moins de 5 ans	Masculin			
		Féminin			
	5 - 21 ans	Masculin			
		Féminin			
Total					

II SITUATION FINANCIERE AU 31 DECEMBRE

2.1 ENCAISSEMENTS

Nature	Montant annuel		
	2014	2013	2012
Cotisations (employés - employeurs)			
Remboursements bénéficiaires			
Dons, legs et subventions reçus			
Produits et placements financiers			
Réserves détenues			
S/Total (1)			
Autres encaissements :			
.			
S/total (2)			
Total encaissements (1+2)			

119

3. 2 DECAISSEMENTS

Nature	Montant annuel		
	2014	2013	2012
Règlement fournisseurs soins			
Salaires			
Dépenses de fonctionnement			
Agios et frais financiers			
Remboursements IPM contre facture			
Impôts			
IPRES			
CSS			
S/Total (1)			
Autres décaissements :			
S/Total (2)			
Total décaissements (1+2)			
Situation financière nette (total encaissements – total décaissements)			

3.3 CHARGES DE FONCTIONNEMENT ET DEPENSES DE SOINS

3.3.1 Frais de Gestion par nature :

Nature des frais	Montant annuel		
	2014	2013	2012
Location			
Eau			
Electricité			
Téléphone - fax – Email			
Imprimés d'exploitation			
Fournitures de bureau			
Entretien et maintenance			
Déplacement			
S/Total (1)			
Autres frais de gestion :			
S/Total (2)			
Total frais de gestion (1+2)			

3.3.2. Effectifs et masse salariale (et/indemnités de session) annuelle versée au personnel de l'IPM par nature du contrat et par année

Nature du contrat	Effectifs			Masse salariale (ou indemnité de session)		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012
Contrats à durée indéterminée						
Contrats à durée déterminée						
Membres du Conseil d'Administration						
S/Total (1)						
Autres à préciser:						
S/Total (2)						
Total mase salaire et indemnités (1+2)						

3.3.3. Frais médicaux engagés par acte (quote-part IPM (charges techniques))

Nature de la spécialité	Taux de prise en charge	Montant annuel					
		2014		2013		2012	
		Frais réels facturés	Quote-part IPM	Frais réels Factures	Quote-part IPM	Frais réels factures	Quote-part IPM
Cardiologue							
Dentistes							
Dermatologues							
Gastro-entérologues							
Généralistes							
Gynécologues							
Neurologues							
O.R.L.							
Ophthalmologues							
Pédiatres							
Pneumologues							
Urologues							
Rhumatologues							
Psychiatres							
Radiologues							
Autres spécialistes à préciser :							
TOTAL							

3.3.4. Autres frais médicaux engagés et quote-part IPM (charges techniques)

Nature des charges	Taux de prise en charge	Montant annuel					
		2014		2013		2012	
		Frais réels facturés	Quote-part IPM	Frais réels Factures	Quote-part IPM	Frais réels factures	Quote-part IPM
Frais d'hospitalisation							
Frais d'accouchement							
Frais pharmaceutiques							
Analyses médicales							
Optique médicale							
Imagerie médicale							
Autres à préciser :							
TOTAL							

3.4 INVESTISSEMENTS

Nature des immobilisations	Montant annuel		
	2014	2013	2012
Immobilisations incorporelles (frais 1 ^{er} établissement, études, etc.)			
Terrains, bâtiments, constructions			
Matériels et mobiliers de bureau			
Moyens de transports			
Équipement informatique			
Logiciels et applications			
Redevances internet			
Autres à préciser :			
TOTAL			

3.5 Quels sont les taux de cotisation et de plafond appliqués par votre IPM?

• Adhérents (employeurs)

	Gestion en cours	2014	2013	2012	Observations
Taux					
Plafond					

• Participants (employés)

	Gestion en cours	2014	2013	2012	Observations
Taux					
Plafond					

3.6 Quelles sont les dettes que votre institution a vis à vis des tiers ?

Bénéficiaires	Montant annuel endettement à la clôture			
	Gestion en cours	2014	2013	2012
Pharmacies				
Hôpitaux				
Médecins				
Cliniques				
Laboratoires				
Radiologues				
Autres à préciser :				
TOTAL				

3.7 Quelles sont les créances dues à votre institution par des tiers?

Créanciers	Montant annuel créance à la clôture			
	Gestion en cours	2014	2013	2012
Participants				
Adhérent(s)				
Autres à préciser :				
TOTAL				

III FONCTIONNEMENT DE L'INSTITUTION

Votre gestion est-elle informatisée ? OUI NON

4.1.2 Si oui Détails informatique :

Nature des immobilisations	2014	2013	2012
Nombre de postes			
Nombre d'imprimantes			

a. Quel(s) est (sont) le(s) logiciel(s) que vous utiliser ?

- 1.
- 2.
- 3.

b. Etes vous en mode réseau Oui NON

c. Avez-vous accès à l'internet OUI - NON

4.1.3 Si non, Motifs non informatisation

1.
2.
3.

3.2 QUI ENGAGE LES DÉPENSES DE VOTRE INSTITUTION?

Président Gérant Trésorier

Président et Gérant Président et Trésorier c Gérant et Trésorier c

Autres à préciser

.....

3.3 QUI GARDE LE CHÉQUIER?

Trésorier Gérant Président

Autres à préciser

Décrire les procédures de contrôle ayant cours dans votre institution

.....
.....

3.4 FONCTIONNEMENT DES ORGANES STATUTAIRES

- Périodicité réunion du collège des représentants
- Périodicité des réunions du bureau exécutif
- Date du dernier renouvellement des organes de l'IPM

3.5 JOINDRE LE DERNIER BILAN DISPONIBLE ET LE COMPTE DE RÉSULTAT ?

OUI (*annexez le au présent questionnaire*)

NON (*donnez en les raisons*)

.....

IV CONTENTIEUX

Votre IPM a-t-elle déjà fait l'objet de contentieux à l'Inspection du Travail ou à la Direction générale du Travail ou au Tribunal

OUI NON

Si oui sur quels éléments portait le contentieux

1)

2)

3)

4)

V DIFFICULTÉS MAJEURES DE FONCTIONNEMENT DE L'INSTITUTION

Objet	Sans objet	Pas un obstacle	Obstacle mineur	Obstacle majeur
Recouvrement des sommes dues				
Dettes aux fournisseurs				
Suspensions des prestations par un fournisseur				
Fonctionnement des organes				
Tarification des actes				
Produits exclus				
Fraude sur les ayants droit				
Fraude sur les médicaments				
Retenues sur les salaires au titre des remboursements de frais				
Autres à préciser				

VI VEUILLEZ PROPOSER LES SOLUTIONS AUX PROBLÈMES SOULIGNÉS CI-DESSUS

- 1)
- 2)
- 3).....
- 4).....

Fonction du supérieur hiérarchique du répondant

Nom et qualité de la ou des personne(s) qui a (ont) répondu

Adresse professionnelle

Téléphone Email :

Date de l'Interview

Nom de l'Enquêteur

SIGNATURES

Répondant(s)

Enquêteur

Merci de votre collaboration

A *Modèle liste des entreprises et établissements adhérents à l'IPM avec localisation, activité principale et effectif.*

(Modèle)

Numéro d'Ordre	Nom ou raison sociale de l'entreprise/établissement	Adresse	Activité principale	Effectif total à la date de l'enquête ³⁰		
				CDI	CDD	TOTAL
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

³⁰ CDI : contrat à durée indéterminée

CDD : contrat à durée déterminée

B *Listes des prestataires de soins agréés (médecins, cliniques, Pharmacies et dépôt de pharmacie, Hôpitaux et formations sanitaires publics) par l'IPM _____.*
(Modèle)

Numéro d'Ordre	Dénomination	Adresse	Spécialité ³¹
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

³¹ *Mettre la nature de la prestation*

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But – Une foi

Ministère du Travail, du Dialogue Social,
Des Organisations et des Relations avec les Institutions

Direction Générale du Travail
Et de la Sécurité Sociale

Direction des Statistiques du Travail et des Etudes
Tél : 33 822 08 69 / 33 821 77 66

ENQUETE NATIONALE SUR LES I.P.M. 2015

GUIDE DE REMPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE

Page de Garde :

Sur la loi évoquée (2004-21 du 21 juillet 2004), elle a pour objet de définir les principes fondamentaux et le code institutionnel qui régissent les activités des services et organismes chargés de la production et de la diffusion des données statistiques publiques. Il y a le respect du secret statistique qui est visé et que l'on doit observer.

128

N° Questionnaire :

Cette partie est réservée au service administratif chargé d'exploiter le questionnaire: Encadrer **E** si IPM d'une entreprise ou **IN** s'il s'agit d'une IPM qui regroupe plusieurs entreprises (interentreprises).

Ne rien inscrire dans les cases vides

DENOMINATION IPM : Il faut inscrire le nom de l'IPM – exemple : IPM JABOOT

PHASE COLLECTE :

Visa de validation : l'enquêteur n'écrit rien sur cette partie

Le questionnaire rempli est bien vérifié par les différents responsables de la collecte qui inscriront la date de réception, leurs prénoms, nom et signature. Il s'agit :

- du Chef d'Equipe
- du Contrôleur,
- du Superviseur
- du Responsable technique.

PHASE DE SAISIE :

Visa de validation : Le questionnaire saisi doit être matérialisé d'abord par l'agent de saisi ;

Phase saisie : Ensuite le contrôleur de saisie, puis l'informaticien et enfin le responsable Technique. Il faudra valider la saisie et s'identifier ;
Prénom – Nom – Date et Signature chacun des Responsables en ce qui le concerne.

I- IDENTIFICATION DE L'IPM :

Question 1-1 :

Dénomination : Inscrire le nom de l'IPM, Ex : IPM BOOK

Question 1-2 :

TYPE D'IPM : mettre une croix dans l'une des deux cases.

Il faut comprendre par « **IPM ENTREPRISE** », une entreprise qui a sa propre IPM. Et par « **IPM INTERENTREPRISES** », une IPM qui regroupe plusieurs entreprises.

Question 1.3 : Adresse : Mettre l'adresse exacte du siège de l'IPM

Région : Mettre le nom de la Région d'implantation de l'IPM

Département: Mettre le nom du département

BP: Mettre le n° de la Boîte Postale de l'IPM (s'il existe)

Tél: mettre le N° de Téléphone de l'IPM

Fax : Mettre le N° de Fax de l'IPM

Email : Mettre l'adresse Email de l'IPM

Question 1-4 :

Nombre d'entreprises et établissements adhérents à l'IPM : Il faut mettre un chiffre

Question 1.5 :

Numéro et date de l'arrêté d'approbation : c'est un numéro à mettre plus une date.

Question 1-6 :

Date de démarrage des activités : Mettre une date.

Question 1.7 :

N° compte contribuable : mettre un numéro.

NINEA : Mettre le Numéro NINEA de l'IPM. C'est un numéro à 7 chiffres suivis de 2 autres chiffres avec une lettre intercalée entre ces derniers.

Question 1-8 :

N° IPRES N° CSS

Mettre le numéro IPRES de l'IPM et celui de la Caisse de Sécurité Sociale.

Question 1.9 :

Prénom et Nom du Président :

Tél : Date de fonction :

Mettre le prénom et nom du président : il s'agit, ici, du président du conseil d'administration de l'IPM, son téléphone et la date de prise de fonction.

Question 1.10 :

Prénom et Nom du Trésorier :

Tél : Date de

Mettre le prénom et nom du trésorier de l'IPM, son téléphone et la date de prise de fonction.

130

Question 1.11 :

Prénom et Nom du Gérant :

Tél : Date d'embauche :

Mettre le prénom et nom du Gérant de l'IPM, son téléphone, et la date de son embauche.

Joindre en annexe de cette présente fiche d'enquête, les documents ci-après :

Cette phrase veut dire : qu'à chaque questionnaire est joint en annexe d'autres fiches différentes du questionnaire que l'IPM devrait renseigner ;

a) Liste des Entreprises et établissements adhérents à l'IPM avec localisation, activité principale et effectif (p8); Une IPM INTERENTREPRISES regroupe plusieurs entreprises ou établissements.

Il s'agit pour cette partie de remplir la liste de toutes les entreprises ou établissement qui adhèrent à l'IPM, en précisant :

Le numéro d'ordre : c'est de 1....à n

La dénomination de l'entreprise ou de l'établissement adhérent,

L'adresse de l'entreprise ou de l'établissement adhérent,

L'activité principale que mène l'entreprise ou l'établissement adhérent,
L'effectif de l'entreprise : c'est le nombre de travailleurs que compte l'entreprise ou l'établissement adhérent à l'IPM , en distinguant les travailleurs qui ont un contrat à durée indéterminée et les travailleurs qui ont un contrat à durée déterminée. Tout cela en chiffre.

b) **Listes des prestataires de soins agréés** : La liste des médecins, cliniques, pharmacies et dépôts de pharmacie, hôpitaux et formations sanitaires publics agréés;

Il faudra lister de 1 à20 les prestataires, en mettant la dénomination, l'adresse et la spécialité de la structure.

Par prestataires, il faut comprendre : les médecins, les cliniques, les pharmacies, les hôpitaux, et structures.

Cette fiche doit lister les membres du conseil d'administration avec comme indicateur :

Prénoms et nom de chaque membre

La qualité du membre du Conseil d'Administration

La Fonction du membre du Conseil d'Administration

Page 2.

II BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS SERVIES PAR L'IPM AU COURS DES TROIS DERNIERES ANNEES

131

Cette partie est à remplir sous forme de tableau.

Le tableau comporte 5 colonnes :

La colonne 1 regroupe la catégorie des bénéficiaires c'est-à-dire :

- les participants= les salariés des entreprises, ceux qui cotisent,
- les conjoints c'est-à-dire les épouses et les époux de ces travailleurs cotisants,
- et les enfants : il s'agit des enfants des travailleurs (hommes ou femmes) des entreprises adhérentes. Ces enfants sont répartis en deux tranches d'âge : la première ligne ce sont les enfants de moins de 5 ans ; la deuxième ligne, les enfants entre 5 ans et 21 ans.

Maintenant le reste des colonnes ce sont les années de références : 2012, 2013, 2014 et l'année d'enquête = 2015. Il faut remplir ce tableau avec les chiffres des années mentionnées.

III SITUATION FINANCIERE AU 31 DECEMBRE :

Ici la référence, il faut bien le préciser, c'est « 31 DECEMBRE ».

3.1 ENCAISSEMENTS : il faut comprendre les recettes de l'IPM.

Les données sont à recueillir sous forme de tableau en quatre colonnes.

Colonne 1 : concerne la nature des encaissements avec 9 indicateurs qu'il faut renseigner en chiffre pour les années 2012, 2013, 2014.

Ces indicateurs sont :

1) Les cotisations (employés-employeurs) : mettre le montant des cotisations issues des employés d'une entreprise donnée ainsi que celles reçues de l'employeur.

2) Remboursement bénéficiaires : mettre le montant dans les colonnes 2012, 2013, 2014.

3) Dons legs subventions reçus : mettre le montant en chiffre dans les colonnes d'en face.

4) Produits et placements financiers : mettre le montant de ces placements en chiffre dans les colonnes 2012, 2013, 2014.

5) Réserves détenues : mettre le montant des réserves en chiffre dans les colonnes 2012, 2013, 2014.

6) S/Total (1) : c'est le sous total de tous les indicateurs cités dans la première colonne jusqu'à la ligne réserves détenues, le montant de cette première partie est à mettre dans les colonnes 2012, 2013, 2014.

7) Autres encaissements : il faudra lister les autres encaissements différents de ceux qui sont cités plus haut de la colonne une ; et mettre le montant en chiffre dans les colonnes 2012, 2013, 2014.

8) S/Total(2) : pour ce sous total 2, il ne concerne que « **Autres encaissement** » ; mettre les montants dans les colonnes 2012, 2013, 2014.

9) Total encaissements (1+2) : il faudra additionner le **sous total 1** et le **sous total 2** et mettre la somme sur la ligne et dans les colonnes 2012, 2013, 2014.

3.2 DECAISSEMENTS : par décaissements il faut comprendre :

DEPENSES.

Les décaissements sont recueillis sous forme de tableau à quatre colonnes.

La colonne 1 regroupe la nature des décaissements effectués entre 2012, 2013, et 2014.

- a) **Règlement fournisseurs soins** : mettre le montant en chiffre de ce qui été payé dans les colonnes 2012, 2013, 2014.
- b) **Salaires** : mettre la masse salariale versée aux employés de l'IPM.

Le reste des autres rubriques sera le même procédé : à savoir mettre la somme totale décaissée pour chaque indicateur dans les colonnes 2012, 2013, 2014. Faire le sous total des 8 premières natures. Ensuite faire le sous total des autres décaissements, faire la somme des 2 « sous total » pour avoir le total général des décaissements.

SITUATION FINANCIERE NETTE : il faut faire la soustraction entre le **total général des encaissements** et le **total général des décaissements**.

3.3 CHARGES DE FONCTIONNEMENT ET DEPENSES DE SOINS

3.3.1 Frais de gestion par nature

Les données sont collectées sous forme de tableau à quatre colonnes.

La colonne une avec les indicateurs y figurants doit renseigner les autres colonnes 2, 3, et 4. Les frais sont listés : ce sont des sommes annuelles qu'il faut avoir au **31 Décembre** et les mettre dans les colonnes 2012, 2013, 2014.

S/Total(1) : c'est le total des 8 premières natures de frais qu'il faut mettre.

S'il y'a d'autres frais différents des 8 premières c'est ce qu'on a dans la ligne « **autres frais de gestion** ».Après la liste des autres frais de gestion on a un autre **sous total (2)** destiné à cet indicateur « **autres frais de gestion** ».

Total frais de gestion (1+2) : c'est la somme de « **S/total 1** » et de « **S/total 2** » ; donc on doit avoir des chiffres à mettre dans les colonnes 2012, 2013, 2014.

3.3.2 Effectifs et masse salariale (et/indemnité de session) annuelle versée au personnel de l'IPM par nature du contrat et par année.

Il faudra remplir un tableau qui doit nous renseigner sur la nature des contrats au niveau de l'IPM, l'effectif de travailleur dans l'IPM, et la masse salariale versée.

Pour les travailleurs : c'est de donner le nombre de ceux qui ont un contrat à durée indéterminée, pour l'année 2012, 2013, 2014.

La même démarche sera adoptée pour le reste des autres indicateurs pour renseigner la deuxième colonne « effectif ».

La masse salariale concerne les employés de l'IPM, et **les indemnités de session** concernent les membres du conseil d'administration, pour les années 2012, 2013, 2014.

S/Total (1) va concerner les 3 premiers indicateurs (cdd, cdi , et le conseil d'administration) .

« **Autre à préciser** » : mettre la liste d'autres formes de contrats si cela existe, **l'effectif à renseigner, la masse salariale** et faire la somme.

Le total général s'obtient en additionnant le **S/Total(1)** et le **S/Total(2)**.

3.3.3 Frais médicaux engagés par acte (quote -part IPM).

Les données doivent être recueillies dans un tableau avec quatre grandes colonnes.

La colonne 1 : nature de la spécialité

La colonne 2 : taux de prise en charge

La colonne 3 : les années de références retenues (2012-2013-2014).

Pour tous ces indicateurs de la colonne 1, on a besoin des montent annuels.

Notons que le « **taux de prise en charge** » varie d'un spécialiste à un autre.

3.3.4. Autres frais médicaux engagés et quote-part

IPM.

C'est sous forme de tableau qu'il faut recueillir les données.

Les **rands** frais sont listés dans la première colonne ; chaque ligne de frais doit être renseignée et le montant doit être inscrit en face des colonnes pour les années 2012, 2013, 2014.

Le taux de prise en charge varie pour chaque nature des charges.

3.4 INVESTISSEMENTS

Le tableau comporte quatre colonnes.

La colonne 1 liste la nature des investissements.

On doit inscrire dans les colonnes 2, 3 et 4 les montants annuels au **31 décembre**.

3.5 QUELS SONT LES TAUX DE COTISATION ET DE PLAFOND APPLIQUES PAR VOTRE IPM ?

La réponse à cette question est recueillie sous forme de tableau avec 6 colonnes.

PARTIE EMPLOYEUR

Colonne 1 : énumère les taux appliqué et le plafond.

Colonne 2 : Gestion en cours : c'est 2015.

Colonne 3, 4 et 5 : ce sont les trois années de référence 2012, 2013, 2014. Il faut mettre les chiffres retenus.

La colonne 6 : c'est là où on doit mettre les observations s'il en a.

PARTIE EMLPOYE : c'est le même procédé que la partie **employeur**.

3.6 QUELLES SONT LES DETTES QUE VOTRE IPM A VIS AVIS DES TIERS ?

C'est pour voir le degré d'endettement de l'IPM.

Le tableau comporte une colonne où les tiers sont listés, pour chaque tiers ou bénéficiaires on doit remplir le montant de la dette correspondant au **31 décembre** et pour les trois années de référence : 2012, 2013, 2014 et l'année en cours 2015 et mettre le total pour chaque colonne.

3.7 QUELLES SONT LES CREANCES DUES A VOTRE IPM ?

On veut voir ceux qui doivent à l'IPM.

Les données sont à recueillir sous forme de tableau à cinq colonnes :

La colonne 1 liste les créanciers principaux, ce sont :

Les Participants = les travailleurs

Les Adhérents = les employeurs.

Il faut inscrire les montants annuels au **31 Décembre** pour 2012, 2013, 2014 et l'année en cours 2015.

Ne pas oublier de mettre le total.

IV FONCTIONNEMENT DE VOTRE IPM.

Question 4.1 :

Votre gestion est – elle informatisée ? Cocher une case selon la réponse.

4.1.1 Si oui détails informatiques :

Nombre de postes : ce sont les poste de travail (ordinateurs) dans l'IPM ; mettre un chiffre.

Ce sera la même chose pour les autres variables de la colonne 1.

Les chiffres sont à inscrire dans les colonnes 2, 3 et 4 qui représentent les années de références 2012, 2013, et 2014.

A) Quel(s) est (sont) le(s) logiciel(s) que vous utiliser ? Il s'agit d'énumérer les différents logiciels utilisés par l'IPM.

B) Etes vous en mode réseau : encercler une réponse.

C) Avez- vous accès à l'internet : encercler une réponse.

4.1.2 SI NON : mettre les motifs dans le tableau ci-dessous.

Question 4.2 : Qui engage les dépenses de votre IPM : cocher une seule case.

Question 4.3 : Qui garde le chéquier : mettre une croix sur une seule case.

Question 4.4 Fonctionnement des organes statutaires :

Réunion du collège des représentants : mettre la périodicité.

Réunion du bureau exécutif : mettre la périodicité.

Date du dernier renouvellement des organes de l'IPM : mettre une date.

Question 4.5 : Joindre le dernier bilan disponible et le compte de résultat ?

Mettre une croix à la réponse donnée. Si la réponse est OUI, il faut y joindre le document.

Si la réponse est non il faut donner les raisons en quelques lignes.

V. CONTENTIEUX

Mettre une croix sur la réponse qui vous concerne.

Si la réponse est oui, il faut énumérer les éléments du contentieux en quelques lignes.

VI. DIFFICULTES MAJEURES DE FONCTIONNEMENT DE L'IPM.

Il faut mettre une croix à une difficulté selon le degré dans les colonnes.

136

VII. VEUILLEZ PROPOSER LES SOLUTIONS AUX PROBLEMES SOULIGNE CI-DESSUS.

Lister quelques solutions.

Après le remplissage du questionnaire, on a prévu en « **encadré** » un identifiant pour que s'il y'a des corrections, que l'on puisse avoir un interlocuteur à qui s'adresser.

Fonction du Supérieur Hiérarchique du répondant : à préciser

Nom et qualité de la personne qui a répondu : à préciser

Date de Nomination : Mettre une date

Adresse professionnelle : Mettre un contact où on pourra s'adresser à qui de droit pour d'éventuelles corrections.

Téléphone : Il faut le Numéro de Téléphone du répondant et son adresse email.

Date de l'interview : Mettre la date à laquelle on a administré le questionnaire à l'IPM (pour cette partie surtout, sur le fonctionnement de l'IPM)

Nom de l'Enquêteur : Mettre le nom de celui qui a administré le questionnaire à l'IPM. Pour que l'on puisse savoir et situer les responsabilités !

Pour ce qui concerne le questionnaire de l'enquête nationale sur l'existant informatique des institutions de prévoyance maladies (IPM).

Nous constatons que dans le questionnaire même, les instructions données devant chaque question peuvent suffire pour servir de guide de remplissage.

Il faut, juste au début du questionnaire indiquer « E » si c'est une IPM Entreprise, ou « IN » si c'est une IPM Interentreprises. Les cases sont à laisser vide pour la saisie.

NB : En plus du Répondant, le questionnaire doit être visé par le Président de l'IPM à défaut par le Trésorier.

Fin du guide

Merci

Annexe n°3 : liste des IPM enquêtées

source	NUM	Dénomination	Adresse	Ets_Adherents	Type IPM	Région
ENIPM	1.	IPM C2K STAFFING	RTE NATIONALE N°1 X ROND POINT HOPITAL REGIONAL	1	ENTREPRISE	Thies
ENIPM	2.	IPM MALICK LO	DAROU KHOUDOSS	1	ENTREPRISE	Thies
ENIPM	3.	IPM ODEC DE DAKAR	CASTOR VILLA N°11	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	4.	IPM SUNEOR LYNDIANE (EX SONACOS)	LYNDIANE	1	ENTREPRISE	Kaolack
ENIPM	5.	EGLISE EVANGELIQUE LUTHERIENNE	KM 20 ROUTE DE MALIKA YEUMBEUL	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	6.	IPM GROUPE NCFC	MOLE 10 QUAI DE PECHE	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	7.	IPM DE LA GENERALE D ENTREPRISE	KM 11, ROUTE DE RUFISQUE	3	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	8.	IPM MBOOLOO	NOUVEAU QUAI DE PECHE MOLE X DAKAR	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	9.	IPM PERSONNEL HOTEL MERIDIEN PRESIDENT	HOTEL KING FAHD PALACE ROUTE DES ALMADIES	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	10.	IPM NOVASEN KAOLACK	HUILERIE COPEOL EX NOVASEN PORT KAOLACK	1	ENTREPRISE	Kaolack
ENIPM	11.	IPM SOUTARA/SODAGRI	ANAMBE	1	ENTREPRISE	Kolda
ENIPM	12.	IPM LA POSTE	AV ABDOULAYE SECK M P EX ROOSVELT	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	13.	IPM GROUPE SONATEL	km 4,5, Bld du centenaire de la commune de Dakar	6	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	14.	IPM SIEGEM SA	LOT ZEJ/ESCAT URBAM HANN MARISTE	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	15.	IPM CDE	RUE FELIX EBOUE BD MARITIME BEL AIR	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	16.	IPM DU PERSONNEL DES ELEMENTS FRANCAIS AU SENEGAL	BOULEVARD DE L ARSENAL QUARTIER PROTET	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	17.	IPM NESTLE SENEGAL	KM 14 ROUTE DE RUFISQUE	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	18.	IPM NGOR DIARAMA	HOTEL NGOR DIARAMA	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	19.	IPM SUNEOR EIZ	ZIGUINCHOR	1	ENTREPRISE	Ziguinchor
ENIPM	20.	IPM SENAC	USINE SENAC KM 44 ROUTE DE THIES	1	ENTREPRISE	Thies
ENIPM	21.	IPM SENELEC	93,RUE VINCENS DAKAR	4	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	22.	IPM SGBS	19,AVENUE DU PDT LEOPOLD SEDAR SENGHOR	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	23.	SMPS/SISMAR	SICAP MBAO ,KM 18 ROUTE DE RUFISQUE	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	24.	IPM DU PERSONNEL DE LA SAED	RUE INSA COULIBALY	1	ENTREPRISE	Saint Louis

ENIPM	25.	IPM SOSETER	KM 18 RTE DE RUFISQUE BP 1699	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	26.	IPM SODEFITEX	KM 4,5 BOULEVARD DU CENTENAIRE	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	27.	INTERMED SANTE	IMMEUBLE TOURE COM CO 3VDN	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	28.	IPM NDIJINE COUMBA	CITE ADAMA DIOP LOT N°6	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	29.	IPM SOCETRA	KM 7,5 Bd DU CENTENAIRE DE LA COMMUNE	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	30.	IPM GROUP CCBM	CENTRE COMMERCIAL TOUBA SANDAGA 6EME ETAGE	15	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	31.	IPM ANCAR	CENTRE SOCIAL ISRAR BOURGUIBA	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	32.	IPM CREDIT MUTUEL DU SENEGAL	POINT E RUE DE FATICK	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	33.	IPM DAKAR DEM DIKK	KM4,5 AVENUE CHEIKH ANTA DIOP	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	34.	IPM DAKAR INTERIM SECURITE	4320 BIS ALLEES SEYDOU NOUROU TALL	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	35.	IPM PHOENIX/SENEGAL	ESPACE LES DUNES RESIDENCE MARISTES	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	36.	IPM ENTREPRISE MAPATHE NDIUOCK	7,5 BOULEVARD C C DE DAKAR	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	37.	IPM MARITALIA GROUP SA	1 BOULEVARD DE LA LIBERATION X RUE PORT	4	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	38.	IPM GROUPE SAGAM	HLM FASS PAILLOTE IMMEUBLE 73	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	39.	IPM VIGASSISTANCE	CITE SOM VILLA N° 9 HANN MARISTE	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	40.	IPM ONAS	HANN CITE TP SOM N°4	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	41.	IPM SDE	CENTRE HANNE RTE DU FRONT DE TERRE	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	42.	IPM CAISSE DE SECURITE SOCIALE	BP 102, PLACE OIT DAKAR	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	43.	IPM BICIS	2 AV LEOPOLD SEDAR SENGHOR	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	44.	ASSURANCE SAHAM	0	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	45.	IPM ICS	RUE 18 RTE DE RUFISQUE	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	46.	IPM SAR	KM 18, ROUTE DE RUFISQUE	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	47.	IPM SOGAS EX SERAS	PIKINE	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	48.	IPM RTS	TRIANGLE SUD X AVENUE MALICK SY	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	49.	IPM DES EMPLOYES DE LA SIPS	KM 11 ROUTE DE RUFISQUE	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	50.	IPM SUNEOR EID	RUE AMUCAR CABRAL	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	51.	IPM VILLAGES D ENFANT SOS SENEGAL	AV BOURGUIBA X ALLEE SEYDOU NOUROU TALL	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	52.	IPM SOBOA	ROUTE DES BRASSERIES	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	53.	IPM PERSONNEL LABOREX	HLM 1 X CORNICHE	1	ENTREPRISE	Dakar
ENIPM	54.	IPM TOSTAN	Cite MalickSy , 77 Ex gare routière	1	ENTREPRISE	Thies

ENIPM	55.	IPM ODEC DE THIES	procure du diocese de thies:bdfrancoisxavierndione	3	INTERENTREP RISES	Thies
ENIPM	56.	IPM SNCDS		3	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	57.	IPM DES ARMEMENTS DE PECHE	28 RUE MOUSSE DIOP	2	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	58.	IPM BOUBAKH	AV BERGE AND X PAUL SEIGNET LEONA KAOLACK	85	INTERENTREP RISES	Kaolack
ENIPM	59.	IPM DES DOCKERS DU PORT DE DAKAR	CENTRE CULTUREL DU PAD 2 AVENUE DE L ARSENAL	2	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	60.	IPM FAGARU	RTE DE LA PHIE JARDINS DE CAMBERENE CASE BI PA	5	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	61.	IPM INTER ENTREPRISE DE THIES	AVE CAEN THIES	44	INTERENTREP RISES	Thies
ENIPM	62.	IPM SOCIETE DE TRANSPORTS ROUTIERS D'HYDROCARBURE	POSTE THIAROYE IMMEUBLE SALIOU FAYE	0	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	63.	IPM INTER ENTREPRISE DE LA PETITE COTE	MBOUR ESCALE	52	INTERENTREP RISES	Thies
ENIPM	64.	IPM GROUPE PROFIL		5	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	65.	IPM SOTRAVA	1050,SICAP LIBERTE 1, DAKAR	6	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	66.	IPM COTONNIERE DU CAP VERT	KM 14,5 ROUTE DE RUFISQUE	6	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	67.	IPM INTER ENTREPRISE DU FLEUVE	AV GENERAL DEGAULLE SOR ST LOUIS	76	INTERENTREP RISES	Saint Louis
ENIPM	68.	IPM INTERENTREPRISE DU GROUPE FILFILI	53 AVENUE LAMINE GUEYE	16	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	69.	IPM groupe "union"	L ECOLE PAPA GUEYE FALL ALLEE PAPA GUEYE FALL	0	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	70.	IPM MBAARUM KOOLUTE	29 RUE MOUSSE DIOP	77	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	71.	IPM GROUPE MIMIRAN	RICHARD TOLL	2	INTERENTREP RISES	Saint Louis
ENIPM	72.	IPM NDIMBAL	22 AVENUE SARRAUT DAKAR	17	INTERENTREP RISES	Dakar

ENIPM	73.	IPM INSTITUT DE PREVOYANCE MALADIE INTERENTREPRISES ZIGUINCHOR	RUE DU COMMERCE ZIGUINCHOR	463	INTERENTREP RISES	Ziguinchor
ENIPM	74.	IPM MUTUELLE HOTELIERE DU CAP VERT	111 BIS RUE CARNOT	136	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	75.	IPM KER GU MAG	1, RUE DAGORNE X PLACE KERMEL	15	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	76.	IPM INTER ENTREPRISE MAME CHEIKH MBAYE	LOUGA , RUE KENNEDY LOT 25 CHAMBRE COMMERCE	46	INTERENTREP RISES	Louga
ENIPM	77.	IPM INTER ENTREPRISE SAINT LOUISIENNE	RUE BLAISE DIAGNE X POTIER NORD SAINT LOUIS	3	INTERENTREP RISES	Saint Louis
ENIPM	78.	IPM DE LA ZONE INDUSTRIELLE INTER ENTREPRISES SENTENAC:IPM ZI SENTENAC	IMMEUBLE SENEBA A COTE DE EMG AUTOMOBILES	45	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	79.	IPM PHOSPHATE DE THIES	CITE PECHINEY A NGUINTH THIES	21	INTERENTREP RISES	Thies
ENIPM	80.	IPM GROUPE SYPAOA	41, BOULEVARD DILLY MBAYE	93	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	81.	IPM TRANSPORT AERIEN	15 RUE JULES FERRY	24	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	82.	IPM PROFESSION LIBERALES	31, RUE ABDOU K BOURGI X VINCENS	0	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	83.	IPM PERSONNEL DE TRANSIT	11 RUE MALAN IMM ELECTRA 5° ETAGE	26	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	84.	IPM FADIOU	SICAP LIBERTE 5 VILLA N 5475	12	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	85.	IPM INTER ENTREPRISES HOTELIERE ET DES BRANCHES CONNEXES DU NORD	AUBERGE SENEFO 11 RUE ROUTE DELEYBAR SOR	5	INTERENTREP RISES	Saint Louis
ENIPM	86.	IPM/AGEMAC	53 AVENUE LAMINE GUEYE	43	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	87.	IPM AIR NOUVEL	49 RUE RAFFANEL	0	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	88.	IPM CONGAD	SICAP LIBERTE 2 N° 1643	20	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	89.	IPM DENTAL	IMMEUBLE NDINDY A 1 ETAGE APPART N°1	9	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	90.	DIPROM	KM 10 BLD DE CENTENAIRE DE LA COMMUNE	7	INTERENTREP RISES	Dakar

ENIPM	91.	IPM BALLAL OU ENTRAIDE	S/C CARITAS KOLDA	25	INTERENTREP RISES	Kolda
ENIPM	92.	IPM WER AK DIAM	LIBERTE 6	2	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	93.	IPM SENICO_CCD	KM9 BCCD	7	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	94.	IPM TAWFEEX	centre commercial Cheikh Ahmadou Bamba Colobane	65	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	95.	IMP AFRIC MANAGEMENT	OUEST FOIRE LOT 06	95	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	96.	IPM BAOBAB	VILLA L9 SACRE CŒUR PYROTECHNIE	10	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	97.	IPM LA ROCHETTE DAKAR	KM 13,7 ROUTE DE RUFISQUE	2	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	98.	IPM SALINS DU SINE SALOUM	BP 200 DIORHANE KAOLACK	3	INTERENTREP RISES	Kaolack
ENIPM	99.	IPM AND JAPPALANTE	QTR DIAMAGUENE 1 JUST PHARMACIE PAPE CHEIKH DIAGNE ROND RTE DE KAOLACK	0	INTERENTREP RISES	Thies
ENIPM	100.	IPM TERANGA	cite sica villa n°5 dud foire	13	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	101.	ALLIANCE NATIONALE DES ECOLES PRIVEES	3892 SEFA PIKINE EXTENSION	73	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	102.	IPM SAGFA	LIBERTE 3 VILLA 1920	13	INTERENTREP RISES	Dakar
ENIPM	103.	IPM DE SALY	SALY STATION EN FACE ISM GROUP	5	INTERENTREP RISES	Thies
SIAMO	104.	CBAO		1	Entreprise	Dakar
SIAMO	105.	SANTE 2000		1	Entreprise	Dakar
SIAMO	106.	EIFFAGE SENEGAL		1	Entreprise	Dakar
SIAMO	107.	SOLEIL		1	Entreprise	Dakar
SIAMO	108.	COFRISEN		1	Entreprise	Dakar
SIAMO	109.	IPRESS		1	Entreprise	Dakar
SIAMO	110.	SORES		6	INTERENTREP RISES	Dakar

SIAMO	111.	EUREKA		2	INTERENTREP RISES	Dakar
SIAMO	112.	PM PRIORITE SANTE		2	INTERENTREP RISES	Dakar
SIAMO	113.	SABODALA		2	INTERENTREP RISES	Kedougou
SIAMO	114.	TOP INTERIM		2	INTERENTREP RISES	Dakar
SIAMO	115.	NAPI PECHE		4	INTERENTREP RISES	Dakar
SIAMO	116.	SANTE POUR TOUS			INTERENTREP RISES	Dakar
SIAMO	117.	NDIABOT		6	INTERENTREP RISES	Dakar

