

Etude des Stratégies de Mobilisation des Ressources dans le Secteur de la Santé: Le Cas du Sénégal

Moustapha Sakho

en collaboration avec

Malick Cisse

Laurence Codjia

Soumaïla Compaore

Mukesh Chawla

Août 1996



Data for Decision Making Project

Department of Population and International Health

Harvard School of Public Health

Boston, Massachusetts

Table de Matières

Sommaire	1
1. Données générales	1
2. Méthodologie de l'étude	1
3. Résultats de l'étude	1
Recommandations	3
Méthodologie	4
Limites	5
Introduction Générale	6
Contexte de l'Etude	8
1. Situation Economique	8
2. Situation Démographique du Sénégal	11
3. Contexte Sanitaire	12
4. Problèmes de Financement du Secteur Sanitaire	15
1. Financement par un Mécanisme de Dotation	18
1. Etat	18
2. Collectivités Locales	21
3. Assistance Extérieure	24
2. Mobilisation des Ressources par Paiement ou Prepaiement de L'Usager	27
1. Paiement par les usagers	27
2. Assurance Maladie Commerciale	31
3. Mobilisation des Ressources par les Assurances Obligatoires	33
1. Population desservie par les différentes formes d'assurance obligatoire	33
2. Institutions de Prévoyance Maladie (IPM)	35
3. Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal	40
4. Caisse de Sécurité Sociale	43
4. Financement Communautaire du Risque et des Depenses	46
1. Financement Communautaire	46
2. Mutuelles	47

5. Analyse des Differentes Strategies	55
1. Importance relative des diverses stratégies	55
2. Evolution observée des diverses stratégies	56
3. Efficacité et Pérennité Relatives des Différentes Stratégies	57
6. Annexe 1	59

Sommaire

1. Données générales

- Le Sénégal, pays classé dans la catégorie des pays à faible revenu avec un PNB par habitant de 600 dollars des Etats Unis en 1994, a connu des performances économiques modestes jusqu'à une date récente.

Grâce à la poursuite des réformes nécessaires à la stabilisation du cadre macro-économique et à une politique budgétaire rigoureuse mise en œuvre depuis le plan d'urgence d'Août 1993, des résultats encourageants ont été obtenus. En particulier, le taux de croissance du PIB est passé de 2 % en 1994 à 4,5 % en 1995 ;

2. Méthodologie de l'étude

Conformément aux termes de référence, il s'agit essentiellement d'une recherche documentaire. Cependant des entretiens et quelques collectes et traitements statistiques ont été nécessaires pour améliorer l'analyse.

3. Résultats de l'étude

3.1 Mécanismes de mobilisation des ressources

Ces mécanismes varient en fonction de la source de financement concernée.

- Les ressources de l'Etat proviennent du budget. Le budget du Ministère de la Santé est déterminé suite à un arbitrage effectué par le Ministère de l'économie et des finances entre les différentes sollicitations de l'ensemble des Ministères. Il a tendance à être reconduit d'année en année moyennant quelques rares mesures nouvelles. Aucune référence en termes de mécanisme n'existe entre les ressources affectées à la santé et les recettes de l'Etat.
- S'agissant de l'Assistance extérieure, elle a tendance à s'orienter vers la santé de base, l'Assistance technique et l'investissement.
- Pour ce qui est du paiement par les usagers, il s'effectue principalement à

travers deux mécanismes : le paiement direct qui se fait soit à un taux forfaitaire, soit au coût réel d'une part et l'Initiative de Bamako d'autre part. Le paiement direct s'adresse aussi bien aux structures sanitaires privées à travers leurs tarifs affichés qu'aux services de santé publics à travers la participation financière des populations.

- Les mutuelles et le financement à base communautaire ont en commun le fait que la mobilisation des ressources est obtenue grâce à l'engagement de leurs membres ayant en commun des problèmes de santé qui leur sont spécifiques. Toutefois, là où les adhérents de la mutuelle espèrent tirer un bénéfice direct et personnel de leur action, les acteurs du financement communautaire oeuvrent pour toute la communauté même si c'est souvent indirectement pour eux-mêmes.
- S'agissant des assurances, les mécanismes sont connus : on se rappellera pour mémoire qu'il existe un système d'assurance obligatoire découlant du statut de salarié et un système d'assurance volontaire ne faisant pas référence à la qualité de salarié et obéissant au principe du respect de la liberté de chacun.

3.2 Analyse

Au plan de l'importance des ressources mobilisées à travers les diverses stratégies, il est à noter que le paiement par les usagers occupent la première place, correspondant parfaitement aux choix politiques du Gouvernement et de ses principaux partenaires au développement.

Une source naissante, en l'occurrence, les mutuelles se caractérisent par un important dynamisme dans la création et le développement de l'assurance volontaire.

En ce qui concerne l'évolution des diverses stratégies de mobilisation, on constate qu'elle a été favorable pour tous les types, sauf pour l'assurance maladie commerciale et les ressources extérieures. Pour le budget du Ministère de la Santé, il faut rappeler qu'il a connu une baisse relativement au budget général de l'Etat, même si en valeur absolue, on constate l'augmentation des crédits. Le paiement par les usagers a été amplifié depuis 1991 avec l'introduction de l'Initiative de Bamako dans les services publics de santé et dans les postes de santé privés catholiques.

Sous l'angle de l'efficacité et de la pérennité, le paiement par les usagers semble offrir les meilleures perspectives malgré de nombreux efforts nécessaires pour rendre cette stratégie plus équitable et plus en adéquation avec les possibilités des populations. Les mutuelles et le financement à base communautaire, qui peuvent puiser dans les valeurs sociales de solidarité encore présentes dans les sociétés sénégalaises, pourraient constituer d'importants gisements en matière de

financement de la santé, si leur développement s'inscrit dans un cadre de gestion rigoureuse et transparente.

Recommandations

Les difficultés rencontrées au cours de l'étude et les résultats auxquels nous avons abouti, nous permettent naturellement de formuler un certain nombre de recommandations pour d'une part, tirer le plus grand profit de l'étude et d'autre part, prendre toutes les dispositions utiles pour éviter de telles difficultés à l'avenir.

Dans les pays en développement le temps est un facteur à prendre en compte pour les études, du fait d'un système de classement et d'archivage parfois déficient.

Cette étude aurait dû être accompagnée de plusieurs enquêtes parce que les informations contenues dans les documents sont lacunaires. Par exemple, il y a très peu d'informations financières globales relatives à la participation à base communautaire (associations villageoises, religieuses, etc), aux mutuelles, aux collectivités locales et aux ONG.

Une étude d'envergure mériterait d'être réalisée pour obtenir des informations plus détaillées et plus complètes sur les ressources mobilisées à partir de chaque source avec des indications précises sur les mécanismes mis en œuvre.

L'élément novateur de cette étude devrait être d'établir un lien étroit entre chaque source et les mécanismes de mobilisation la concernant. Cette étude permettra d'apprécier la capacité des ménages à continuer à supporter les charges qui leur sont adressées.

Pour éviter de perdre les bénéfices de cette étude, les parties impliquées (Ministère de la Santé, le CESAG, DDM) gagneraient à bâtir un mécanisme qui produise régulièrement des informations sur le système financier du secteur de la santé.

Si on veut que le financement de la santé atteigne les proportions requises pour faire face au minimum de besoin, il faut que l'Etat fasse un effort pour atteindre 7 à 9 % du budget général, concrétisant ainsi, le premier signe de sa volonté politique de considérer la santé comme une priorité.

Comparativement, les sources les plus prometteuses sont celles qui impliquent une responsabilisation croissante des populations ; en particulier celles qui comportent les valeurs de solidarité de la société Africaine.

Dans l'esprit de la recommandation précédente les performances des sources de mobilisation seront inséparables de la rigueur et de la transparence avec lesquelles les ressources mobilisées seront gérées.

Alléger le cadre juridique des mécanismes de mobilisation des ressources financières en vue de les rendre plus efficaces. En particulier, il est souhaitable qu'un cadre

juridique souple intervienne pour soutenir le mouvement naissant des mutuelles.

Analyser la question du financement en terme de viabilité de l'ensemble du secteur de la santé.

A défaut d'application des textes qui existent sur la tarification des prestations du secteur privé, il convient de déréglementer pour instaurer une saine concurrence.

Méthodologie

L'analyse documentaire et les entrevues sont les méthodes adoptées pour l'étude des stratégies de mobilisation des ressources financières dans le secteur de la santé au Sénégal.

Le choix de ces approches et la grille d'étude ont été fondés sur les termes de référence fournis par le commanditaire.

L'étude a donc démarré par l'inventaire des différentes sources de documentation et une stratégie d'approche a été définie. Ensuite l'équipe a procédé à l'identification des Institutions et des informateurs clé susceptibles d'orienter la recherche documentaire. Ainsi, ont été ciblés les bailleurs de fonds (USAID, Banque Mondiale, Coopération française), les Ministères (MSAS, MTE et MEFP), les Institutions de prévoyance sociale (IPRES, CSS, etc...).

La collecte des documents de base a été la première étape du travail sur le terrain. Ce travail de collecte s'est accompagné d'entretiens avec les informateurs clé. Ces derniers ont été sollicités pour étoffer l'inventaire initial des documents de base.

La deuxième étape du travail a consisté à élaborer une grille d'exploitation des documents collectés (grille de lecture) et s'est prolongée avec l'organisation d'entrevues avec des personnes ressources préalablement identifiées. Ces entrevues ont permis d'approfondir les connaissances des membres de l'équipe sur les questions traitées, et dans certains cas de valider des informations contradictoires relevées dans les documents de base.

Une grille d'interprétation des informations reçues a été élaborée sur chacune des stratégies de mobilisation des ressources.

Une collecte et des traitements de statistiques ont été nécessaires pour compléter ou mettre à jour certaines informations parcellaires ou trop anciennes.

Il convient de noter que l'une des difficultés majeures de cette étude est la grande variabilité des données statistiques portant sur un même sujet, durant une même période, dans des documents officiels.

Avant toute rédaction l'équipe a convenu d'une grille de rédaction après analyse, à nouveau, des termes de référence. A cet égard, le lecteur relèvera sûrement des

différences de style dans diverses parties du texte, toute l'équipe s'étant engagée dans la rédaction.

Limites

Une étude sur un thème aussi complexe que le financement de la santé peut parfaitement présenter des limites.

Ces contraintes, dans le cas d'espèce, sont liées à la nature même de l'étude (recherche documentaire) mais aussi aux supports nécessaires pour la fiabilité de l'étude, (données de base).

Des limites spécifiques méritent d'être notées :

1. Risque de confusion lors de l'analyse, du fait de l'absence de différenciation, dans le listing des termes de référence entre les sources et les mécanismes.
2. Le temps à consacrer à la localisation et à la collecte de documents renseignant les différents sources et mécanismes n'est pas en adéquation avec la masse de travail à effectuer.
3. La fiabilité des informations contenues dans la plupart des documents n'est pas toujours évidente. Ce qui a obligé l'équipe à sélectionner et à interviewer des personnes ressources pour validation.
4. Quelquefois l'information était partielle obligeant l'équipe à procéder sous la contrainte majeure du temps, à une collecte de statistiques et de données complémentaires.
5. L'équipe a été parfois confronté à la réticence des personnes ressources à communiquer les documents.
6. La grille d'analyse et de rédaction proposée dans les termes de référence nécessite des informations qui sont rarement disponibles sous la forme voulue.
7. D'importantes études sont en cours de réalisation mais l'équipe n'a pas pu disposer des résultats préliminaires.
8. Les informations chiffrées pour renseigner certains points des termes de référence sont introuvables ou inexistantes.

Introduction Générale

La question fondamentale que pose la présente recherche est la suivante : que devraient faire les Gouvernements des pays en développement pour surmonter la crise actuelle du financement des services de santé ?

Il a déjà été montré de façon convaincante par d'autres études :

- qu'il existe vraiment de graves problèmes ;
- que ces problèmes peuvent s'expliquer par des facteurs liés à l'efficacité, à l'efficience, à l'équité et à l'insuffisance des ressources.

Sans prétendre être exhaustif quant aux arguments et preuves qui sous-tendent ces conclusions, il n'est peut-être pas inutile de rappeler brièvement certains aspects de la question.

La plupart des études faites jusqu'ici tendent à mettre l'accent sur les problèmes relatifs aux ressources financières, matérielles, humaines et autres, mise à la disposition du secteur de la santé par rapport aux besoins présents et futurs. Une attention particulière a été portée sur les points suivants :

- l'écart important qui ne cesse de se creuser entre la demande et l'offre de ressources provenant de sources publiques et de l'Assistance étrangère, tant à l'heure actuelle que dans l'avenir ;
- le sous-financement général des services de santé gérés par les autorités publiques qui entraîne une baisse de la qualité des prestations (par exemple par suite de l'épuisement des stocks de médicaments) et une augmentation des frais d'équipement (l'insuffisance des crédits alloués à l'entretien rend nécessaire le remplacement des véhicules, du matériel et des bâtiments avant l'expiration de leur durée normale de vie) ; et
- le recours aux fonds publics pour renflouer certaines Institutions en déficit (comme c'est le cas pour certains systèmes de sécurité sociale).

Depuis quelques années, l'ampleur et la gravité de ces problèmes sont mieux perçues et l'on commence, à juste titre, à juger urgent de les résoudre. En ce qui concerne particulièrement les objectifs de la santé pour tous, on se rend désormais compte de l'importance du déficit estimé par l'OMS à 50 milliards de dollars américains en 1982 pour l'ensemble des pays en développement ; ce montant

traduit l'énormité du gap.

Et pourtant la question du montant global des ressources financières a, en dernière analyse moins d'importance que les questions d'efficacité et d'équité. Les modes actuels de financement des services de santé, reposant pour une large part sur les impôts nuisent souvent à une affectation et à une utilisation efficace des ressources, surtout dans les cas où les impôts ont un effet de distorsion ou sont coûteux à percevoir.

Si comme cela arrive souvent, les baisses d'efficacité s'accompagnent des disparités dans la distribution des prestations (par exemple entre régions, entre groupes de revenus ou groupes ethniques, ou entre villes et campagnes), il y a aussi diminution de l'équité.

Ces phénomènes s'expliquent par le fait que les politiques actuelles de financement n'ont en général pas été conçues en tenant vraiment compte des incitations qu'elles créent ou renforcent, de l'impact qu'elles auront sur le comportement des prestataires de services, des bénéficiaires de prestations (ménages), d'organismes publics. C'est notamment le cas pour limiter les coûts, utiliser des technologies de bon rapport coût-efficacité et minimiser le mauvais usage des services (par exemple, le recours aux services pour des maux mineurs qui empêchent de concentrer les soins sur les cas majeurs). L'absence d'incitations efficaces entrave à son tour les efforts pour améliorer les services par d'autres moyens, tels que des mesures gestionnaires ou organisationnelles visant à renforcer les Institutions.

L'important n'est pas seulement la mesure dans laquelle les services existant sont inefficaces ou inéquitables. Ce qui est également capital c'est de savoir si d'autres politiques de financement donneraient de meilleurs résultats.

Ceci n'est pas toujours évident, car, dans bien des cas, les politiques de remplacement pourraient amener des améliorations à certains égards et pas à d'autres : par exemple les améliorations sur le plan de l'efficacité, mais aggravations sur celui de l'équité.

Tenant compte de tout cela, le présent rapport va, sur la base d'une recherche documentaire, examiner les différentes stratégies de mobilisation des ressources pour le financement de la santé au Sénégal, du point de vue de l'efficacité, de l'équité, de l'efficience et proposer des recommandations tendant à l'amélioration de ces mécanismes de financement de la santé.

Le rapport comprend deux parties : après une introduction générale, il fait dans une première partie une description des diverses stratégies de mobilisation des ressources, puis, dans une seconde partie procède à une analyse comparative des diverses stratégies.

Contexte de l'Etude

1. Situation Economique

Le Sénégal est classé par la Banque Mondiale dans la catégorie des pays à faible revenu avec un PNB par habitant de 600 dollars des Etats-Unis en 1994. Jusqu'en 1994, les performances économiques ont été modestes. D'une manière générale, le taux de croissance de la population a toujours été supérieur à celui du PIB.

Le secteur des services occupe une place prééminente dans la structure de l'économie sénégalaise, représentant environ 60 % du PIB (la proportion est de l'ordre de 35 à 50 % dans les autres pays qui se trouvent à un stade de développement comparable). L'agriculture, soumise à de fortes fluctuations annuelles de la pluviométrie, ne représente que 12 % du PIB. Cependant elle emploie 60 % de la population active. La plupart des indices de la production industrielle sont en baisse depuis 1986. Ce secteur se ressent du coût relativement élevé des facteurs de productions et d'une faible productivité ainsi que de la concurrence des produits de la fraude et de la contrebande.

Le pays, sous ajustement structurel depuis 1984 connaît des déficits budgétaires chroniques.

En 1995, dans le cadre de l'ajustement structurel, le Gouvernement a poursuivi la mise en oeuvre des réformes économiques suivant cinq axes :

- la libéralisation des prix et du commerce extérieur ;
- l'aménagement d'un cadre d'amélioration de l'efficacité économique et de diversification du secteur agricole ;
- la poursuite de la restructuration du secteur public ;
- la revue du système d'incitation à l'investissement et à l'exportation ;
- l'appui à la compétitivité du secteur privé.

Quelques faits marquants de la mise en œuvre de ces réformes peuvent être notés en guise d'exemples :

- la libéralisation des importations et des prix du riz suivie de la suppression de la Caisse de Péréquation et de Stabilisation des Prix (CPSP) ;

- la libéralisation des importations du prix de la farine de blé;
- etc.

Les réformes ayant ainsi concernés des domaines touchant directement aux conditions de vie des populations, on peut d'ores et déjà craindre que le pouvoir d'achat de celles-ci soit affecté par des hausses de prix incontrôlées.

Au total, grâce à la poursuite des réformes nécessaires à la stabilisation du cadre macro-économique et à la politique budgétaire rigoureuse mise en œuvre depuis le Plan d'Urgence d'août 1993, des résultats encourageants ont été obtenus :

- le taux de croissance du PIB est passé de 2 % en 1994 à 4,5 % en 1995 après un recul en 1993 ;
- l'inflation a été contenu à 32,1 % en 1994 et 8 % en 1995 ce qui a permis au taux de change effectif réel de se déprécier de l'ordre de 35 % ;
- le déficit du compte courant extérieur, transferts officiels exclus, qui a atteint 10,3 % du PIB en 1993 et 9,3 % du PIB en 1994 a été ramené à 8 % en 1995 ;
- le déficit budgétaire global, dons exclus, a été ramené du niveau de 5,7 % du PIB en 1994 à celui de 3,2 % du PIB en 1995.

Ces résultats encourageants enregistrés en 1995 sont aussi la preuve que l'économie sénégalaise a réagi favorablement à la dévaluation du franc CFA intervenu en Janvier 1994. Cela a permis d'enregistrer une croissance positive en 1994 contre un recul du Produit Intérieur Brut réel en 1993. L'agro-industrie, la pêche, l'horticulture et le tourisme sont les principaux secteurs qui animent la croissance, notamment par les exportations.

L'objectif du Gouvernement est le retour des finances publiques à la viabilité à la fin 1997. Ce faisant, l'Etat pourra jouer son rôle dans la mise en œuvre de la stratégie de croissance accélérée et de réduction de la pauvreté.

Pour atteindre les objectifs de croissance soutenue, le Gouvernement sénégalais a accordé une grande priorité à l'éducation et à la santé, à l'effet de donner une base durable au développement.

Revenus et dépenses des ménages

Selon l'enquête sur les priorités (ESP) réalisée par la Direction de la Prévision et de la Statistique, entre Septembre 1991 et janvier 1992 (donc avant la dévaluation du franc CFA en janvier 1994), le revenu monétaire annuel par ménage est de 789.400 F pour l'ensemble du Sénégal.

Cette même source précise que le revenu annuel moyen en milieu urbain est de 1.328.700 F CFA et de 392.700 francs CFA en milieu rural.

On y relève aussi que le revenu monétaire moyen annuel per capita est de 90.500 F CFA. Il est de 159.800 F CFA en milieu urbain et 43.500 F CFA en milieu rural.

Cet écart de revenus important entre milieu urbain et milieu rural, toutes choses égales par ailleurs, pose le problème de l'inégalité d'accès aux soins de santé entre ces deux milieux. En d'autres termes, en dehors des traditionnels problèmes d'accessibilité physique aux soins de santé, de concentration des infrastructures sanitaires dans les villes, va se poser le problème de l'accessibilité financière pour les ménages ruraux.

En outre l'ESP, précise que 35 milliards de francs CFA ont été consacrés par les ménages aux dépenses de santé au cours de l'année 1991. Si on rapporte ces 35 milliards au nombre total de ménages de la même année (837.400), on obtient une dépense moyenne annuelle par ménage de 41.796 F CFA. Ce même montant représente 5 % du revenu monétaire annuel moyen qui est de 789.400 F CFA.

On se contentera de noter que la part du revenu consacrée par les ménages aux dépenses de santé est relativement faible au Sénégal. Toutefois, ce constat doit être aujourd'hui nuancé puisque, entre temps, l'Initiative de Bamako a été mise en œuvre et développée, de même que la participation financière des populations a été renforcée et étendue. Il est bien entendu, que le niveau des dépenses à lui seul ne peut expliquer l'état de santé d'un pays.

Perspectives

L'action gouvernementale en 1996 et à l'horizon de 1998 sera articulée autour des axes suivants :

- la poursuite des réformes macro-économiques et structurelles ;
- l'élaboration et la mise en place d'un programme de lutte contre la pauvreté ;
- la préparation active de la réalisation des grands travaux que sont le canal du Cayor, la revitalisation des vallées fossiles, etc ;
- le développement des relations de partenariat entre l'administration et le secteur privé dans un cadre de concertation.

En outre, ces mesures seront compatibles avec les objectifs macro-économiques suivants :

- réaliser un taux de croissance du PIB réel de 4,5 % par an au minimum ;

- ramener et maintenir le taux d'inflation à moins de 3 % dans l'année ;
- contenir le déficit du compte courant extérieur, transferts officiels exclus, à 7,3 % du PIB en 1996, 6,6 % du PIB en 1997, et 6,5 % du PIB en 1998 ;
- réduire le déficit budgétaire global (dons exclus) à 2 % du PIB en 1996 et à 0,7 % du PIB en 1997.

Afin d'assainir les finances publiques, l'effort de mobilisation des ressources internes sera renforcé en privilégiant l'élargissement de l'assiette des recettes fiscales.

Du côté des dépenses publiques, l'effort continuera à être concentré sur la maîtrise de la masse salariale et des dépenses non prioritaires. Toutefois, il est attendu que des fonds bien plus importants soient alloués aux secteurs de l'Education et de la Santé en conformité avec la priorité accordée à la valorisation des ressources humaines.

2. Situation Démographique du Sénégal

D'une superficie d'environ 197 000 km², le Sénégal, comptait en 1995, 8 346 996 habitants¹.

La densité de la population sénégalaise est de 3,9 habitants par km² et sa densité agraire (habitants par hectare de terre cultivable est de 1 habitant par km²).

La structure de cette population par âge peut être ainsi synthétisée : 18 % de la population est âgée de 0 à moins de 5 ans, 27,4 % entre 5 et 14 ans, 19 % entre 15 et 24 ans, 7,6 % est âgé de 60 ans et plus. On notera que les femmes de 15 à 49 ans représente 22,4 % de la population totale.

On constate que la population sénégalaise est très jeune. En 1993, 56 % de la population était âgée de moins de 20 ans.

A l'instar des autres pays Africains, le Sénégal connaît une urbanisation accélérée. En effet, le pourcentage de la population urbaine est passé de 24 % en 1960 à 39 % en 1988. Il a été estimé à 41,5 % en 1994. Quant à la population rurale elle était estimée à 61 % de la population totale en 1988.

Le taux de croissance démographique, estimé à 2,7 % reflète une croissance rapide.

Cet accroissement est de 3,9 % en milieu urbain et de 2,1 % en milieu rural.

Cette croissance de la population est une conséquence du taux encore très élevé de la fécondité, malgré une baisse en valeur absolue. En effet, ce taux passe de 7,1 enfants par femme en 1975 et à 6,0 enfants par femme en 1992/1993. (Enquête

1/ Source: Situation Economique du Sénégal 1994.

Démographique et de Santé - 1992/1993). Le Taux Brut de Natalité (TBN) est estimé à 47 pour mille tandis que le taux global de fécondité est de 218 pour mille.

Le taux net de scolarisation dans l'enseignement élémentaire est inférieur à 50% (44,9 % en 1992/1993) et 45,2 % en 1993/1994. Le taux de scolarisation des filles est généralement faible.

3. Contexte Sanitaire

Structures & organisation

A la base du système de santé se trouvent les postes de santé qui sont implantés dans les villages centres d'au moins 2 000 habitants, généralement, des chefs lieux de Communautés Rurales ou d'Arrondissements, et dans les villes. Ils supervisent un certain nombre de structures sanitaires (cases de santé et maternités rurales).

Les centres de santé sont les références des postes de santé aux plans préventif, curatif et administratif ; ils font de la localité qui les abrite un chef lieu de district. Les chefs lieux de district correspondent généralement aux chefs lieux de département.

Au niveau régional, l'hôpital est la référence.

Au sommet de la pyramide sanitaire , se trouvent les hôpitaux nationaux Universitaires ou non.

Il existe aussi des Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS) dans les départements et dans certaines communes, ainsi que des Coordinations Régionales d'Action Sociale (CRAS) dans chaque chef lieu de Région,

Au niveau de chaque région la coordination des activités sanitaires est assurée par la Région Médicale.

Rappelons que le pays est divisé en dix régions administratives et qu'à chacune d'elles correspond une Région Médicale.

Depuis 1990, le Ministère de la Santé a procédé à un renforcement de sa politique de décentralisation par un découpage du territoire national en districts ; ces derniers atteignent aujourd'hui le chiffre 45.

Le district est la zone opérationnelle couvrant une population de 250 000 habitants environ et comportant 15 à 20 postes de santé articulés autour d'une structure de référence qui peut être soit un centre de santé, soit un hôpital régional.

Il convient de noter qu'il existe des infrastructures sanitaires et sociales relevant d'autres départements ministériels tels que : le Ministère de l'Education Nationale

(Inspection médicale des écoles , infirmeries, services sociaux scolaires et universitaires), le Ministère des Forces Armées (un hôpital à Dakar, des Centres Médicaux de Garnison, des Centres Médicaux de famille , des Postes médicaux et des centres sociaux de garnison), le Ministère de l'Intérieur (Service de Santé des Sapeurs Pompiers, un service social central,...) etc..

En résumé, les structures sanitaires du secteur public par niveau sont les suivantes :

Le niveau périphérique est composé de 1333 cases de santé, 673 postes de santé et 44 centres de santé. Le niveau intermédiaire compte 10 hôpitaux tandis que le niveau central comporte 6 hôpitaux nationaux CHU et 8 instituts spécialisés.

A côté du secteur public de la santé précédemment décrit, il existe un secteur privé qui regroupe le privé lucratif, le privé non lucratif et la médecine traditionnelle.

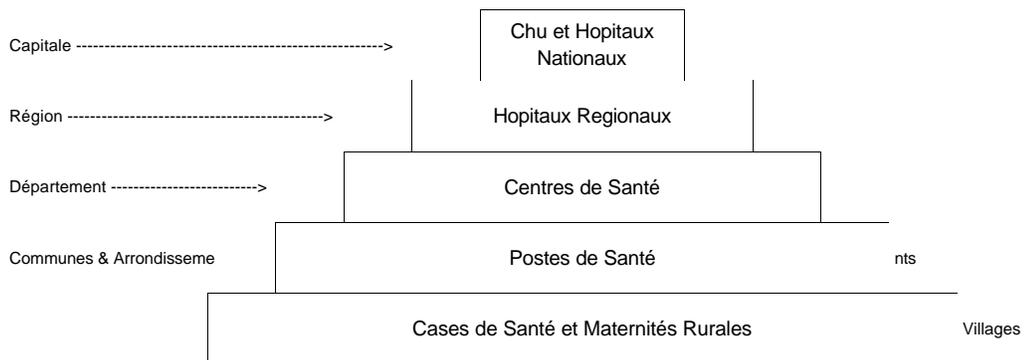
Le tableau suivant résume la répartition des structures sanitaires privées, par type d'établissement à la date du 31 Décembre 1992 :

Si les infrastructures sanitaires fonctionnent grâce aux ressources humaines formées principalement dans le pays, elles utilisent également des médicaments qui sont malheureusement, pour l'essentiel, importés.

En effet, après la restructuration des écoles nationales de formation (regroupement) réalisée par les autorités sénégalaises, six (6) Institutions participent présentement à la formation initiale des personnels de tout profil du secteur de la santé :

- l'Université de Dakar avec ses départements ou instituts (faculté de médecine et de pharmacie, institut santé et développement, école nationale supérieure universitaire et de technologie, etc) ;

Figure 1



- l'école nationale de développement sanitaire et social qui regroupe quasiment toutes les écoles relevant précédemment du Ministère de la Santé ;
- le Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion qui forme au niveau de son département santé des gestionnaires de la santé pour plusieurs pays africains dont le Sénégal ;
- le Centre National de Formation des Techniciens de Maintenance Hospitalière à Diourbel relevant du MEN qui forme chaque deux ans une vingtaine de techniciens ;
- deux établissements privés de formation du personnel auxiliaire : l'Institut Santé Service (avec 60 à 80 titulaires de BEPC formés sur deux ans) et le Centre de Formation de l'association des postes de santé privés catholiques (formant une vingtaine d'élèves sur 2 ans).

En ce qui concerne le médicament, le pays dispose de 3 fabricants qui réalisent ensemble 10 % du marché national (SIPOA, Parke Davis et Valdafrique), de cinq grossistes importateurs dont quatre privés (Laborex, Sodipharm, Cophase et UPIA) et un public (pharmacie nationale d'approvisionnement), auxquels s'ajoutent 247 pharmacies privées (49 % se situent à Dakar) et 250 dépôts de médicaments ou pharmacies villageoises.

Etat sanitaire du pays

Les principaux indicateurs se sont améliorés depuis l'indépendance, cependant la situation sanitaire générale reste préoccupante.

Les principales causes de morbidité et de mortalité continuent d'être des maladies traditionnelles comme le paludisme, la diarrhée et les maladies respiratoires. Le programme élargie de vaccination a permis de réduire l'incidence d'un grand nombre de maladies virales et bactériennes durant les années 1980 mais certaines maladies diarrhéiques persistent du fait de mauvaises conditions d'approvisionnement en eau et de salubrité.

Les autres problèmes ont trait à la persistance de maladies endémiques (la tuberculose, la lèpre, etc), aux carences nutritionnelles saisonnières et aux maladies sexuellement transmissibles (MST). Les taux de séropositivité VIH-1 et VIH-2 à Dakar étaient estimés à 0,1 % en 1990, mais à 2,3 % et 10 % respectivement pour les groupes à risque (hémophiles, voyageurs fréquents, personnes à comportement sexuel libéral). Ces taux restent négligeables en dehors de Dakar mais s'accroissent rapidement.

La mortalité reste élevée malgré une baisse enregistrée ces dernières années. Le Taux Brut de Mortalité (TBM) est estimé à 18 pour mille et l'espérance de vie à la

naissance qui était environ de 35 ans dans les années 1960 a frôlé les 55 ans au cours de la dernière décennie.

Table 1

<i>Type d'Etablissement</i>	<i>Nombre</i>
Infirmeries	19
Cabinets médicaux	255
Cabinets dentaires	49
Cabinets paramédicaux	163
Cabinets et infirmeries des entreprises	171
Cliniques	18
Postes de santé (catholiques)	75
Hôpital	1
Dispensaire ophtalmologique	1
Total	752

Le taux de mortalité infantile a connu une baisse significative passant de 86,4 pour mille en 1986 (Enquête Démographie et de santé. 1986) à 68 pour mille en 1993 (EDS 1992-1993). Ce taux s'est établi à 64 pour mille naissances vivantes en 1994.

Il convient par ailleurs de signaler qu'en raison notamment de l'accroissement rapide de la population, il est difficile de faire face à la demande d'éducation et de soins de santé. Le pourcentage d'inscription dans les écoles primaires stagne autour de 57 % des enfants en âge d'être scolarisés (contre une moyenne de 95 % dans les autres pays africains à revenu intermédiaire).

4. Problèmes de Financement du Secteur Sanitaire

Problèmes de financement du secteur public

Il ressort d'un examen de l'évolution du Budget du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale durant la période 1993-1995 que le Budget de fonctionnement du MSAS, en termes réels, a décliné. En outre, la contribution du MSAS au budget de fonctionnement des structures de santé porte essentiellement sur les salaires. La plupart des hôpitaux sont de plus en plus amenés à trouver d'autres sources de financement, en particulier les paiements effectués directement par les patients dans les établissements de soins. On note également, d'importantes disparités dans

l'allocation des ressources entre Dakar et les autres régions et entre les différents niveaux de la structure pyramidale. D'ailleurs, il n'existe pas encore une base d'allocation des ressources qui intègre les critères d'efficacité. Cependant, des réflexions en cours au MSAS ont pour but d'introduire de tels critères dans la répartition des ressources.

Le développement de l'assurance maladie est l'une des priorités sociales du Gouvernement Sénégalais et concerne tous les salariés du secteur privé ainsi que les fonctionnaires et contractuels de l'Etat. Ce système de couverture du risque maladie s'adresse à près de 80 000 familles et représente environ 400 000 personnes. Cependant la capacité de l'Etat à honorer ses engagements auprès des prestataires de services de santé, reste faible.

En définitive, l'attention n'est pas suffisamment portée sur le rapport coût-efficacité des interventions de manière à maximiser les avantages dont bénéficie la population du pays sur le plan de la santé. Il serait judicieux d'examiner les possibilités de réorienter la contribution de l'Etat vers le financement d'activités pour lesquelles on peut obtenir les meilleurs résultats à un moindre coût.

Des études sectorielles initiées par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) dans le cadre du Projet de Développement des Ressources Humaines (PDRH), une étude conduite par la Banque Mondiale intitulée « Problèmes liés au financement du secteur des soins de santé » fin 1992 et également la partie qui concerne le financement du secteur de la santé dans le « Document Préparatoire des Nouvelles Stratégies en Matière de Santé et d'Action Sociale » (ENDSS, Septembre 1995) mettent l'accent sur deux problèmes cruciaux : l'insuffisance et l'iniquité du financement des besoins de santé publique et le manque d'efficacité dans l'utilisation des ressources par les structures de Santé publique.

Problèmes de financement du secteur privé

Infrastructure sanitaire privée

L'infrastructure sanitaire privée du Sénégal comporte, d'une part les établissements à but non lucratif comme les postes de santé administrés par l'Eglise Catholique (10% des infrastructures privées) et la Croix Rouge (13%), d'autre part des établissements privés à but lucratif.

Le premier groupe comprend les formations sanitaires gérées par des Organisations Non Gouvernementales, la Croix Rouge ou l'Eglise Catholique et des formations sanitaires d'entreprise.

Ces dernières peuvent prendre la forme d'un poste de premiers soins installé dans une pièce ou d'une structure technique plus complexe avec un plateau technique très évolué (Etablissement sanitaire de la CSS). Dans ce groupe, il faut signaler le cas particulier de l'Hôpital Principal (dont le caractère privé est discutable) et l'Hôpital

Saint-Jean de Dieu à Thiès.

Le deuxième groupe comprend un réseau de cliniques, de cabinets médicaux, dentaires, paramédicaux, ainsi que des officines et dépôts privés de médicaments. On y retrouve aussi, les vendeurs clandestins de médicaments et les guérisseurs traditionnels.

Financement

Dans leur étude sur « coûts, financement et efficacité des prestataires de soins de santé » BITRAN et BREWSTER insistent sur la difficulté qu'il y a à obtenir des données sur les recettes des prestataires privés, à l'exception des postes de santé catholiques.

Concernant les postes de santé catholiques, le recouvrement des coûts représentent la seule source de recettes selon l'étude précédemment citée.

En effet, 96 % des recettes proviennent des paiements des utilisateurs.

L'étude précise que les postes de santé catholiques sont autofinancés en ce qui concerne leurs dépenses de fonctionnement tandis que les dépenses d'investissement sont probablement financées par l'Eglise ou par d'autres subventions externes.

Quant aux formations sanitaires d'entreprise, l'étude suggère qu'elles sont largement subventionnées par les entreprises et que seule une petite partie des recettes provient du paiement des patients.

L'étude fait aussi l'hypothèse que les prestataires à but lucratif font un bénéfice et ne reçoivent pas de subventions externes et que les autres prestataires dépendent surtout voire exclusivement des paiements des utilisateurs.

1. Financement par un Mécanisme de Dotation

1. Etat

1.1 Mécanismes de mobilisation des ressources

Les ressources que l'Etat affecte au secteur de la santé proviennent des recettes du budget. Aux termes des dispositions de la loi organique n° 75_64 du 28/06/1975 relative aux lois de finances et du décret n° 66 - 458 du 17/06/1966 sur la comptabilité publique, les recettes budgétaires sont enregistrées dans le respect de la règle de l'unicité de caisse, tandis qu'est observée une séparation des mécanismes de production de recettes et d'exécution des dépenses.

Le financement étatique couvre les trois (3) champs ci-après:

- les services techniques et d'administration du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) ainsi que les structures sanitaires publiques de prestations de services de santé y compris celles gérées par les autres Ministères ;
- les coûts de formation professionnelle du personnel relevant du MSAS, mais également du Ministère de l'Education Nationale (MEN) pour ce qui est de la formation de base du personnel médical et bio-médical ;
- les coûts sanitaires financés du fait de la prise en charge de groupes particuliers comme les fonctionnaires (actifs ou retraités) ainsi que les coûts des centres de santé et dispensaires des entreprises para-publiques.

Le secteur de la santé ne bénéficie pas encore du système des «fonds» qui est un mécanisme d'affectation partielle ou totale de type(s) de recettes de l'Etat comme par exemple le «fonds routier » alimenté par des recettes de la vignette de véhicules.

Des ressources sont affectées par l'Etat aux dépenses d'investissement des ministères. Hormis quelques rares cas, ces ressources ne constituent guère la totalité d'un investissement (construction et/ou équipement), mais très souvent des crédits de contrepartie (part d'effort national) pour des projets avec les partenaires au développement, coopérations bilatérales et multilatérales. Ces bailleurs de fonds

s'intéressent aux activités de soins de santé primaires et aux investissements du secteur, se détournant du financement des charges récurrentes ainsi que des dépenses hospitalières.

1.2 Niveaux et tendances des financements

Le budget du MSAS relativement à l'ensemble du budget national, n'a pas connu une évolution favorable cette dernière décennie, malgré l'engagement pris vis à vis des bailleurs et malgré un accroissement important en valeur absolue. En réalité, ce budget a connu une relative baisse sur les cinq (5) dernières années. En effet, selon les sources du MSAS, les crédits de ce département ministériel sont passés de 12,995 milliards CFA soit 5,75 % du budget de l'Etat en 1991, à 16,561 milliards CFA soit 5,32 % du budget de l'Etat en 1995.

Au demeurant, cette baisse serait largement amplifiée et le taux ne serait plus que de 4,80 % si l'on tenait compte des inscriptions budgétaires faisant suite aux mesures financières prises par le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan d'une part à la suite de la dévaluation (exonération du timbre douanier pour les médicaments, subvention aux pharmacies privées), d'autre part dans le but de restructurer le budget (paiements effectués pour l'hôpital Principal inscrits auparavant dans les dépenses communes).

La tendance à la baisse observée plus haut quant à la part relative du budget du MSAS dans le budget de l'Etat est légèrement atténuée quand on tient compte uniquement du budget général de fonctionnement qui n'intègre pas la dotation au compte d'amortissement, la subvention au budget consolidé d'investissement ainsi que les avals et garanties. Sur les trois dernières années, le ratio est alors de 6,49 % en 1994, 6,75 % en 1995 et 7,25 % en 1996. Cette progression est en réalité illusoire puisqu'elle incorpore les inscriptions budgétaires discutables indiquées ci-haut. En isolant ces inscriptions, le ratio passe de 6,49 % en 1994 à 6,09 % en 1995 et 6,46 % en 1996.

C'est le lieu de rappeler que le gouvernement s'est engagé à accroître la part du budget de la santé dans le budget général de 0,5 % chaque année jusqu'à 7 % (engagement Banque Mondiale) voire 9 % (taux recommandé par l'OMS)

D'autres ministères dégagent directement à leur niveau des ressources pour réaliser diverses activités sanitaires y compris faire fonctionner leurs services de santé (exemple le Ministère des Forces Armées, le Ministère de l'Education Nationale,...). Ces crédits étaient estimés en 1990 à 1,5 milliards CFA (cf. DU MOULIN et LAGACE) ce qui paraît largement sous-estimé au regard des 3,670 milliards indiqués par la Banque Mondiale (fonctionnement de structures sanitaires, formation et gestion, aide aux malades) pour 1989.

S'agissant de la répartition du budget courant du MSAS, on constate des modifications significatives en considérant les années 1982 et 1990. Les ressources affectées au niveau primaire représentaient en 1982, 38,42 % du budget, en 1990 elles représentaient 46,30 %. Les ressources affectées aux hôpitaux ont connu une baisse importante, y compris en valeur absolue passant de 1,82 milliard en 1982 (21,19 %) à 1,27 milliard en 1990 (11,33 %). La part des programmes nationaux et des services d'hygiène est passée de 12,45 % en 1981 à 29,44 % en 1992. Cette évolution est une illustration de la tendance encore actuelle d'une réorientation drastique des ressources au détriment des hôpitaux qui se trouvent délaissés aussi bien par l'Etat que par les partenaires au développement.

Les flux d'investissements publics de la santé atteignent en 1994 un montant de 8,82 milliards pour un montant global de 44,61 milliards inscrits au Programme Triennal d'Investissements Prioritaires (PTIP) pour le sous secteur quaternaire. Le ratio donne une valeur qui a progressé globalement de 17 % en 1989 à 20 % en 1994. En 1995, le flux des investissements publics de la santé a dépassé selon les estimations (MEFP/DCEF) 12 milliards.

1.3 Efficacité et équité

Le financement des programmes de développement sanitaire par le budget de l'Etat ne peut être satisfaisant du fait des caractéristiques des politiques d'ajustement structurel menées jusqu'à une date récente, du faible rendement du système de taxation et de fiscalité, de la faible priorité accordée au secteur santé, ainsi que du mode de préparation budgétaire qui limite fortement les dépenses de personnel de même que les charges de fonctionnement.

Malgré des mesures d'assouplissement de l'exécution budgétaire par la mise en place de caisses d'avance, la rigidité et la lenteur caractérisent encore l'utilisation des crédits étatiques. Au demeurant, l'évolution récente du budget du MSAS indique le maintien de la tendance à reconduire purement et simplement les inscriptions précédentes, avec de très exceptionnelles révisions.

Au stade actuel du mode de fonctionnement des services de santé publics, la hausse ou la baisse de leur budget n'a qu'une signification relative dans la mesure où il n'y a pas une évaluation des performances et encore moins une connaissance et une prise en compte de la satisfaction ou non des usagers.

Au cours des années 1980, on peut constater l'orientation prise par l'Etat de procéder à une nouvelle allocation au profit des zones rurales. Ainsi, les dépenses publiques de santé qui étaient réparties en 1982 à raison de 60,48 % pour les zones urbaines et 39,52 % pour les zones rurales sont passées en 1990 à 50,76 % pour les zones urbaines et 49,24 % pour les zones rurales.

L'appui des partenaires bilatéraux et multilatéraux est obtenu sous des conditionnalités tellement drastiques que les financements de bon nombre de projets sont bloqués ou faiblement mobilisés.

2. Collectivités Locales

2.1 Mécanismes de mobilisation des ressources

Au Sénégal, les collectivités locales sont régies par le code des collectivités locales.

Ce code comprend une partie législative constituée de la loi n° 96 - 06 du 22 Mars 1996 et la loi 96 - 07 prise le même jour et en application de l'article 5 de la loi précitée. (Journal officiel de la République du Sénégal du 20 Mai 1996) et une partie réglementaire constituée par une série de décrets en cours d'élaboration au niveau des départements ministériels concernés par le transfert de certaines compétences de l'Etat aux collectivités locales.

S'agissant des domaines d'activité de ses collectivités locales en matière de santé, de population et d'action sociale, elles couvrent les suivants :

- la gestion et de l'entretien des hôpitaux départementaux et régionaux ;
- la gestion, de l'entretien et de l'équipement des centres de santé ;
- la construction, la gestion, l'entretien et de l'équipement des postes, cases de santé et maternités rurales ;
- l'organisation et la gestion des secours au profit des nécessiteux ;
- l'appui au financement de projets productifs des populations déshéritées ;
- la participation à la création et à la gestion des centres de promotion et de réinsertion sociale ;
- la mise en œuvre de mesures de prévention et d'hygiène.

La partie réglementaire concerne aussi le domaine des ressources et moyens conformément à l'article 5 de la loi 96 - 06.

Ce nouveau dispositif législatif et réglementaire fait un toilettage et une refonte en un document unique d'anciennes, en ajoutant au nombre des collectivités locales de la République, la région qui est désormais dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière comme la commune et la communauté rurale.

Ces collectivités locales s'administrent librement par les conseillers élus au suffrage universel ».

Elles sont donc des personnes morales de droit public au même titre que les Etablissements publics et l'Etat dont elles sont des démembrements en opposition avec les personnes morales de droit privé (les sociétés, les associations et les fondations).

Les collectivités locales disposent de budget et de ressources propres. La préparation, l'adoption, l'exécution et le contrôle du budget des collectivités locales s'effectuent dans les conditions prévues par l'actuel code et dans le respect des règles de la comptabilité publique (article 8 loi 96 - 06).

Ces règles et principes qui seront déterminés par décret seront certainement identiques ou semblables à ceux en cours pour le budget de l'Etat.

Au moins un mois avant l'examen du budget d'une collectivité locale, un débat a lieu au sein de son conseil sur les orientations budgétaires.

Le projet de budget est préparé par l'organe exécutif à savoir le président du conseil régional, le maire ou le président du conseil rural qui le communique aux membres du conseil 15 jours avant l'ouverture de la première réunion consacrée à l'examen dudit budget.

Le budget et les autorisations spéciales de recettes et de dépenses sont votées par le conseil de la collectivité locale. Il se divise en section de fonctionnement et en section d'investissement (article 344 loi 96 - 06).

Ils existent deux catégories de recettes : les recettes de fonctionnement et les recettes d'investissement.

Les recettes de fonctionnement comprennent les ressources qu'apportent l'Etat dans la répartition annuelle du fonds de dotation, ainsi que des redevances du domaine, des produits de l'exploitation de son patrimoine et des redevances pour services rendus.

Les recettes d'investissement sont constituées des recettes temporaires ou accidentelles (fonds de concours, fonds d'emprunt, etc), des crédits alloués par le budget de l'Etat ou tout organisme public sous forme de fonds de concours pour grands travaux d'urbanisme et de dépense d'équipements, des prélèvements effectués au profit de la section d'investissement à partir de la section de fonctionnement du budget.

La loi 72 - 25 du 19 Avril 1972 disposait que les communautés rurales doivent réserver 8 % au maximum des recettes tirées des produits de la taxe rurale au cours des trois dernières gestions (guide pratique du conseiller rural, Novembre 1984).

2.2 Efficacité et équité des ressources

Selon le guide, pour éviter les risques de gaspillage, les dépenses pouvant être engagées par les communautés rurales sont très limitées en dehors des dépenses d'équipement.

Les seules dépenses autorisées concernant la santé comprennent celles destinées à l'équipement et à la première dotation en médicaments des maternités, des pharmacies villageoises et des cases de santé. Ces dépenses ne peuvent dépasser 8 % de la moyenne annuelle des recouvrements effectués au titre de la taxe rurale pendant les trois dernières années. Lorsque ces médicaments sont épuisés, la communauté rurale ne peut plus intervenir, la reconstitution des stocks devant se faire grâce à la vente de médicaments. S'agissant de la loi 66 - 64 du 30

Juin 1966 relative au code de l'administration communale, aucune disposition expresse ne prévoit de dépense de santé. Cependant il n'est pas rare de constater que certaines communes consacrent 9 % de leur budget à la santé et dans la rubrique dépenses non obligatoires. Toutes les dépenses n'ont pas le même caractère. Elles sont soit obligatoires soit facultatives. Les dépenses obligatoires sont celles considérées comme telles par la loi figurant ainsi sur une liste limitative (article 258 - 259 loi 96 - 06) et au budget de la collectivité locale dans la section « dépenses obligatoires ».

Sont facultatives toutes les autres dépenses n'entrant pas dans la catégorie des dépenses obligatoires. A la lumière de ces dispositions, on constate que non seulement les 8 % prévus au budget de la collectivité locale ne sont pas obligatoirement exécutoires mais qu'ils ne concernent que les dépenses destinées à l'équipement et à la première dotation en médicaments d'une infime partie des formations sanitaires. Par ailleurs, le fait de fixer la barre à 8 % ou 9 % au maximum limite les collectivités dans leur intervention, mais aussi peut les conduire à ne consacrer à la santé que le minimum possible de leurs crédits.

Donc, l'exécution d'une dépense de santé dépend dans une large mesure du bon vouloir de la collectivité locale surtout quand pour celle-ci la santé ne constitue pas une priorité.

Les lois du 22 Mars 1996 portant code des collectivités locales abrogeant les lois 72 - 25 et 66 - 64 en leurs dispositions contraires n'ont pas fixé de plafond pour les dépenses de santé.

Au contraire, elles considèrent et rendent obligatoires les dépenses de santé visées par le transfert de compétences de l'Etat aux collectivités locales.

C'est ainsi que les dépenses pour la construction des formations sanitaires de base, l'entretien et la gestion des hôpitaux régionaux et départementaux et l'équipement de centres et postes de santé et des CPRS, deviennent des dépenses exécutoires de même que celles relatives à la prévention et à l'hygiène. Il faut cependant reconnaître que cette intervention des collectivités locales dans la prise en charge de certaines activités de santé dévolues antérieurement à l'Etat, n'entraîne pas de ressources additionnelles pour le secteur santé dans la mesure où le transfert de compétence doit être accompagné d'un transfert concomitant de ressources et de moyens nécessaires à l'exercice normal de cette compétence (article 5 loi 96 - 06).

Des décrets d'application sont en cours de finalisation dans ce sens par le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan en rapport avec les Ministères concernés.

Par ailleurs, on pourrait assister à un ralentissement ou à un arrêt total des efforts des populations dans la construction et l'équipement des cases, postes de santé et maternités rurales. En effet, cette compétence jadis exercée par les populations a été transférée par l'Etat aux collectivités locales.

3. Assistance Extérieure

3.1 Mobilisation des ressources

L'utilisation des ressources de l'Assistance extérieure obéit à une ligne de conduite qui est quasiment invariable au sein de la communauté des bailleurs de fonds : appui à la santé de base, prise en charge de dépenses d'investissement et d'Assistance technique.

Durant la période 1980-1990, le montant absolu affecté aux hôpitaux a diminué : en revanche celui affecté aux services non hospitaliers a doublé, ce qui indique qu'une priorité est accordée aux soins de santé primaires (SSP).

Selon le rapport n° 11059 - SE de la Banque Mondiale sur les problèmes liés au financement extérieur affecté aux projets du secteur des soins de santé (1992), le financement extérieur affecté aux projets de développement en matière de santé est resté constant en termes réels de 1980 à 1990.

La participation des bailleurs de fonds au développement des SSP équivalaient à un tiers des dépenses courantes non-salariales du MSAS en 1980 et a égalé le niveau de ces dépenses à partir de l'année 1985.

L'Assistance Technique a représenté en moyenne 2,4 milliards pour la période 1981-1985. L'effectif a augmenté au cours de la décennie, jusqu'à compter environ 162 assistants, soit 3 % du personnel du MSPAS (15 % du personnel soignant) représentant 10 % des coûts salariaux locaux.

Les dépenses récurrentes ont doublé durant les années 1980 à cause de l'accroissement de l'Assistance Technique et du support apporté aux opérations par celle-ci.

3.2 Niveaux et tendances

En 1992, les services de santé assumant une mission de santé publique (Etablissements de santé et autres que ceux à but lucratif), représentaient une

dépense globale de 40 milliards F CFA dont 12,5 % (4,9 milliard F CFA) d'investissement. Sur les 4,9 milliards investis, l'Etat sénégalais a financé sur ses fonds propres pour 2,91 % (980 millions de F CFA).

La principale source a été la France (20 %) essentiellement en Assistance Technique durant cette période. Quatre autres sources (l'USAID, l'Italie, l'UNICEF, et l'IDA) ont contribué à ce financement à concurrence de 10 à 12 % chacune. Au titre du PTIP le flux des investissements pour lesquels les bailleurs se sont engagés en 1995 est de l'ordre de 11 milliards 487.

S'agissant des dépenses courantes, l'aide extérieure n'a supporté que 8,2 % des 35,16 milliards de F CFA de dépenses totales.

L'Assistance Technique a représenté une part non négligeable du financement extérieur. Le nombre d'assistants techniques qui s'est accru au cours des années 1980 a atteint 162 agents en 1990 soit 3 % de l'effectif du MSAP et 10 % du personnel technique. En 1990, la charge financière que représentait l'Assistance Technique était estimée à 84,29 % de l'ensemble du financement extérieur.

3.3 Efficacité - pérennité

La constitution de l'aide extérieure a été très importante durant la décennie des années 1980. Elle correspondait à 45 % des ressources publiques affectées au secteur en 1981 et a atteint 55 % à la fin de la décennie. Selon le rapport de la Banque Mondiale (les problèmes liés au financement du secteur de la Santé au Sénégal, 1992) l'impact de l'assistance extérieure en particulier par le biais de programmes verticaux comme les campagnes de vaccination a dû fortement contribuer à compenser les conséquences potentiellement importantes qu'aurait pu causer la diminution des ressources internes affectées aux soins de santé.

Cependant la forte dépendance des SSP vis à vis de l'aide étrangère pose le problème de la pérennité du système de prestation de ces derniers.

Il est donc urgent de réorienter l'aide étrangère en diminuant la présence d'assistants techniques et en augmentant le nombre de professionnels de la santé formés en santé publique.

Aussi le financement extérieur devrait davantage s'orienter vers l'appui aux réformes par le financement des stocks initiaux de médicaments et l'appui aux réformes adoptées pour les communautés pauvres (Banque Mondiale 11556 - SE Mai 1993).

Les stratégies porteuses et leurs effets sur l'allocation des ressources :

L'analyse s'appuie sur trois (3) critères dont chacun est partiellement abordé dans la partie précédente de l'étude sur l'examen des sources et mécanismes du financement de la santé : premièrement l'importance, en terme de ressources mobilisées ou de

couverture des dépenses c'est-à-dire de l'offre des services de santé ; deuxièmement la prise en compte de l'évolution observée pour la stratégie concernée ; troisièmement une analyse de l'efficacité de la source ou du mécanisme par rapport à l'objectif de pérennisation du mode particulier de mobilisation des ressources.

Il s'agit de procéder sur chacun des critères à un classement par ordre d'importance des sept modes de mobilisation des ressources. Les trois types de classement ainsi obtenus seront combinés pour déterminer une dernière classification des stratégies de mobilisation des ressources selon leur impact sur le développement sanitaire. Cette technique s'inspire de la gestion des risques.

2. Mobilisation des Ressources par Paiement ou Prepaiement de L'Usager

1. Paiement par les usagers

Les résultats d'un projet pilote au centre de santé « Dominique » à Pikine, qui a démarré un système de participation des populations en zones urbaines en axant les efforts sur la disponibilité du médicament (avant l'IB), méritent d'être notés.

L'objectif du « Projet Pikine : soins de santé primaires en milieu urbain » est d'assurer, pour le plus grand nombre, une couverture optimale des soins de santé de services éducatifs et sociaux simples, efficaces, accessibles et basés sur les ressources locales.

On peut retenir que dans les postes de santé de Pikine toutes les charges sont financées sur les recettes locales provenant du paiement des soins par les patients sauf les salaires du personnel qualifié qui sont payés par l'Etat ou les Communes.

Concernant le financement de la santé, les dépenses d'investissement de la circonscription médicale de Pikine ont connu une croissance lente entre 1975/ 1977 (74 millions F CFA) et 1981 (128 millions F CFA). De 1981 à 1982, il y a eu une hausse subite des dépenses qui passent à 323 millions de F CFA. Depuis 1983 la tendance est à la baisse et les dépenses d'investissement se situaient à 232 millions en 1985.

Les dépenses de fonctionnement ont connu une croissance régulière durant la période 1978-1984 passant de 10 millions à 92 millions. De 1984 à 1985 les dépenses récurrentes ont plus que doublé atteignant 219 millions de F CFA. Les dépenses en personnel représentaient 62 % des dépenses de fonctionnement dont 52 % pour les personnels étatique et municipal, 10 % pour le personnel auxiliaire financé presque totalement par les populations.

La part des populations dans les dépenses de fonctionnement est passée d'un niveau quasiment nul en 1978 à 79 % en 1980. Elle a fluctué entre 81 % et 84 % entre 1981 et 1983. Elle a cependant connu une baisse en 1985.

On relève une certaine hétérogénéité quant à la capacité des structures sanitaires à générer et à affecter les ressources financières. Ainsi, les recettes des maternités sont les plus élevées alors que leurs dépenses en médicament sont les plus faibles

relativement (18 % des dépenses en moyenne contre 33 % pour l'ensemble des structures). Les dépenses en médicament sont relativement faibles parmi les PMI (20 %) alors qu'elles génèrent des revenus importants.

Ce sont les postes et les centres de santé qui affectent une part relativement importante aux médicaments (45 % et 51 % respectivement).

1.1 Mécanismes de paiements des prestations par les usagers

Il s'agit ici essentiellement des dépenses effectuées par les usagers à l'occasion de la fréquentation des services privés de santé, puisque les services publics de santé sont sensés tirer la totalité de leurs ressources du budget octroyé par l'Etat. En effet, en vertu de la règle de non-affectation des ressources prescrites par la loi 75-64, les recettes générées par les services publics de santé doivent être reversées au trésor public pour couvrir des dépenses de l'Etat qui ne sont pas nécessairement celles de santé.

En réalité, depuis plus d'une quinzaine d'années, ce principe est mis en cause d'abord à travers les mécanismes financiers de la participation des populations à leur santé, puis par l'application de l'Initiative de Bamako qui est un système de recouvrement des coûts s'appuyant sur la disponibilité du médicament.

Les tarifs des consultations, des soins et des hospitalisations, au titre de la participation financière des populations, indiquent une grande diversité dans la fixation des tarifs par les comités de santé. Ces derniers ont, en cette matière, une très large marge de manoeuvre.

Pour les services sanitaires du niveau district, les prix des consultations varient de 50 à 100 F CFA pour les enfants et de 100 à 200 F CFA pour les adultes; ces prix vont globalement de 500 à 2.000 F CFA au niveau des hôpitaux (cf. «Etude sur les normes en personnel des hôpitaux», 1994, CERTEC - PDRH/MSAS).

Les prix des diverses prestations présentent également une grande diversité selon les niveaux du système de soins et selon les régions voire les districts. Il est à noter que dans toutes les régions du pays, à l'exception de la région de Kaolack (où pourrait s'être posé un problème de collecte des données) la recette moyenne par cas n'atteint pas 1.000 F CFA. Mais, pour chaque prestation ayant fait l'objet d'un paiement, le taux de couverture des dépenses par les recettes dépasse les 100 % dans toutes les régions.

Les tarifs d'hospitalisation des hôpitaux publics dans le cadre de la participation financière des populations sont rarement symboliques et peuvent même atteindre des montants très élevés comme par exemple des prix forfaitaires d'hospitalisation qui vont de 5.000 en chambre commune à 15.000 en chambre individuelle ; ces tarifs peuvent même atteindre 25 000 F CFA par semaine comme à l'hôpital Abass NDAO (cf. tableau en annexe).

Pour ce qui est de l'Initiative de Bamako, la grille de tarification a été indiquée plus haut, mais on constate qu'elle n'est pas respectée puisque des prix comportant des marges beaucoup plus importantes sont pratiqués par plusieurs services publics de santé. Certaines marges sont même supérieures à 200% (2).

On rappellera qu'au terme de la circulaire ministériel n° 1322/MSPAS/DC/DSP/DSSP du 2 Mars 1992, les marges de recouvrement sur les prix du médicament essentiel fourni par la PNA devront être les suivants:

- plus 5 % pour les PRA (PNA/PRA) ;
- plus 5 % pour les comités de districts ;
- plus 10 % pour les autres.

S'agissant des services privés de santé, ils sont pour la plupart astreints à pratiquer des prix homologués. C'est le cas pour toutes les officines privées, pour les consultations des cabinets médicaux, ainsi que pour les hôpitaux et cliniques qui souhaitent recevoir des clients pris en charge par l'Etat.

1.2 Niveaux et tendances

En terme de source de financement, les paiements des usagers concernent la totalité des ressources collectées et gérées au niveau des 706 postes de santé du pays existant en 1991 y compris les postes de santé publics, les 32 infirmeries privées des sages-femmes et infirmiers diplômés d'Etat, les 25 polycliniques privées, l'hôpital privé à but non lucratif, les 150 médecins privés, les 247 pharmacies privées et les 250 dépôts de médicaments.

Mais également, ce paiement intéresse, au moins partiellement, les services de santé des ONG qui couvriraient de 5 à 10 % de la population, les 13 centres médico-sociaux de la Croix-Rouge, les deux centres de planification familiale de l'ASBEF, l'hôpital principal, l'hôpital général de Grand-Yoff (ex CTO), les services médicaux des entreprises ainsi que leur impose la réglementation sur la médecine du travail.

Les ressources des tradipraticiens font également partie de cette source de financement; malheureusement aucune étude d'envergure ne permet aujourd'hui d'en évaluer l'importance, bien que l'on estime que 90 % de la population fasse appel à leurs services.

Il convient de rappeler qu'une partie croissante des ressources des services publics de santé provient du paiement des usagers à travers les mécanismes, soit de la participation financière des populations pour les diagnostics et soins reçus, soit de l'Initiative de Bamako.

S'agissant de la participation financière des populations, globalement considérée (consultations, hospitalisations et IB), elle s'est régulièrement améliorée depuis 1992.

Cette participation financière a atteint de tels montants du fait de la mise en oeuvre de l'IB qui représentait 64,14 % des recettes totales en 1994 et 69 % en 1995. Les ventes de tickets sont passées de 26,23% des recettes totales en 1994 à 29 % en 1995. Ainsi, c'est la part des « autres recettes » (diverses activités génératrices de revenus) de cette participation financière de la population qui a baissé.

Les tarifs d'hospitalisation affichés par les hôpitaux privés sont plutôt élevés si l'on fait une comparaison avec le pouvoir d'achat local. Les tarifs de l'hôpital Principal, révisés à la hausse récemment par l'arrêté n°980 MFA-MEFP du 8 Février 1996, sont les plus élevés en comparaison des tarifs de l'hôpital Saint Jean de Dieu et ceux de l'Hôpital Général de Grand-YOFF récemment révisés mais à la baisse.

Pour les consultations, les actes médicaux et chirurgicaux, la même constatation que celle faite plus haut en ce qui concerne la cherté relative de Principal reste valable: les tarifs de l'hôpital Principal sont en moyenne de 10 à 20 % plus élevés que ceux de l'hôpital Saint Jean de Dieu selon les cas.

Avec de tels prix, l'hôpital Saint Jean de Dieu par exemple a réussi à produire en 1995 près de 414 millions de recettes pour des dépenses de fonctionnement se montant à près de 342 millions F CFA. Il faut noter en guise de comparaison, que l'hôpital régional de Thiès, 2 fois plus important en capacité, a des ressources globales (Etat plus participation des populations) qui s'élèvent la même année à près de 350 millions.

S'agissant des tarifs pratiqués par les professionnels médicaux, l'étude menée en 1991 sur le cadre législatif et réglementaire du financement de la santé indique que les dispositions de l'arrêté interministériel 1975 du 23/02/1983 fixant les honoraires des médecins privés n'étaient déjà pas respectés à cette date, les tarifs affichés se situant au-dessus des tarifs officiels de 17 à 41 %.

1.3 Efficacité et équité du système de paiement des usagers

Il n'est pas certain que les tarifs pratiqués par les hôpitaux privés sont performants pour au moins deux raisons :

- d'abord parce que les hôpitaux privés existants sont à but non lucratif et de par leurs différents statuts bénéficient d'exonérations ou de subventions indirectes de l'Etat alors que leurs prix restent quand même très élevés;
- ensuite parce qu'il n'y a qu'exceptionnellement une concurrence réelle, en terme de clientèle (c'est-à-dire aussi de services médicaux concurrents) entre ces hôpitaux privés et les hôpitaux publics notamment.

- enfin parce que ces tarifs sont souvent appréciés uniquement en terme de recettes globales produites eu égard aux dépenses, et aucun travail approfondi et régulier n'est encore fait sur les performances gestionnaires des établissements, de la collecte à l'utilisation des fonds.

L'efficacité et l'équité du système de paiements des usagers dans le cadre de la participation financière des populations pour les consultations, les soins et les hospitalisations, ne sont pas encore clairement établies.

En effet, malgré les garde-fous dressés pour la collecte et la gestion des recettes, on sait que de nombreuses malversations persistent dans l'action des comités.

En ce qui concerne les tarifs, aucune étude rigoureuse n'est menée pour justifier leur acceptabilité et leur caractère supportable ou non par les populations concernées.

L'équité des tarifs acquittés par les usagers pour bénéficier de soins, même au titre de la participation financière dans les services publics de santé, reste un problème non élucidé même pour les salariés dont le SMIC n'atteint que 34.800 F par mois et qui font de plus en plus face à de multiples sollicitations sociales.

L'observation qui précède est tout à fait valable quant à l'application de l'Initiative de Bamako dans les divers services publics de santé étant donné que l'instruction ministérielle sur les marges n'est pas respectée. Au demeurant, le respect des marges indiquées par le Ministre créerait également une certaine situation d'iniquité puisque les districts prennent en charge les frais d'approche, différents selon les cas, de la PRA ou du dépôt du district au service sanitaire concerné.

2. Assurance Maladie Commerciale

2.1 Mécanismes de mobilisation des ressources

Les sociétés privées d'Assurance offrent à leur clientèle entre autres produits, une assurance maladie. Cette dernière est souvent souscrite comme assurance de dommage soit en groupe soit en individualité. L'assurance de groupe est généralement préférée à l'assurance individuelle pour des raisons d'ordre économique.

Les prix des polices dépendent de l'étendue des garanties (garantie de base ou garantie complémentaire) et il existe également les options « remboursement intégral » (100 % des frais engagés) et « remboursement partiel » (80 % par exemple).

Pour un adulte, le coût moyen de la souscription annuelle est assez élevé soit, en 1991, F CFA pour une assurance à titre individuel en garantie de base à 100 % et 144.000 F CFA en garantie complémentaire 100 % pour le même individu. (cf. tableau)

Bien entendu les types de prestation à couvrir selon les garanties sont variables d'une société à une autre.

Table 2

1992	1993	1994	1995
1.003.876.000	1.119.345.269*	1.819.068.253	2.295.231.019

* Les données de 1993 mentionnées ici sont incomplètes, les ressources collectées cette année étant souvent estimées à un peu de 1,2 milliard

Principalement une dizaine de sociétés privées développent les divers produits de l'assurance maladie commerciale. Quatre (4) entreprises nationales dominent le marché de l'assurance maladie couvrant en 1992 près de 90 % de ce marché. En fait le nombre des sociétés étrangères a chuté depuis l'indépendance (99 en 1960, 29 en 1975 et 4 en 1991) tandis que le nombre des entreprises nationales s'est accru régulièrement (0 en 1960 et 4 en 1975 et 16 en 1991).

2.2 Niveau et tendances des montants de ressources mobilisées

La conjoncture économique difficile du pays semble frappé de plein fouet le marché de l'assurance maladie. Bien que le chiffre d'affaire global de ce produit ne soit pas négligeable, il a tout de même baissé régulièrement, sur les 3 années pour lesquelles les données sont disponibles : 1,8 milliard en 1990, 1,538 milliard en 1991 et 1,494 milliard en 1992.

En 1990, l'assurance commerciale ne représentait que 3,77 % de l'ensemble des ressources du secteur Santé au Sénégal (1,8 milliard sur 47,8 milliards). Cette proportion s'est sûrement dégradée compte tenu de la tendance indiquée plus haut. Pourtant, avec 125 900 cotisants directs et plus d'un demi million de bénéficiaires, c'est un moyen de couverture des besoins de santé appréciable.

2.3 Equité et efficacité

Une importante difficulté dans l'exploitation des services de l'Assurance Commerciale consiste en l'obligation qui est faite à l'assuré de régler préalablement ses frais médicaux avant de se faire rembourser selon le taux spécifié dans sa police.

Le coût de la police serait élevé et une meilleure adéquation devrait être recherchée entre les trois (3) paramètres de l'efficacité que sont l'étendue des prestations couvertes, le coût de la police et les efforts pour une gestion pertinente des entreprises et du produit.

3. Mobilisation des Ressources par les Assurances Obligatoires

Au Sénégal, il existe plusieurs formes d'assurance obligatoire pour les travailleurs du secteur public et privé qui visent à protéger ces derniers contre les risques financiers encourus principalement en cas de maladie.

Les trois Institutions de prévoyance de la maladie reconnues et obligatoires sont : l'Institution de Prévoyance Maladie (IPM), la Caisse de Sécurité Sociale (CSS), l'Institution de Prévoyance de la Retraite (IPRES). La population couverte par ces Institutions se présentent comme suit :

1. Population desservie par les différentes formes d'assurance obligatoire

Pour comprendre les mécanismes de prise en charge des soins, la population peut être décomposée en (3) trois grandes catégories :

A. Les salariés et les retraités

Groupe de personnes ayant des revenus réguliers et relevant de deux régimes sociaux différents tant du point de vue des effectifs que de la rémunération.

1. Les agents de la fonction publique

Ce sous-groupe compte 68 000 fonctionnaires salariés et plus de 22 000 retraités.

L'article 97 de la loi 61 - 33 du 15 Juin 1961 sur le statut général de la fonction publique régit les conditions de la protection sociale des fonctionnaires. Les risques couverts (maladies, maternité, et retraite) sont définis aux articles 29, 57 et 75 de la même loi. Deux autres textes complètent cette loi :

- le décret 72 - 215 du 7 Mars 1972 qui institue la Sécurité Sociale des fonctionnaires ;
- la loi 81 - 52 du 10 Août 1981 portant régime général des pensions civiles et militaires à la retraite.

Le régime des fonctionnaires est géré par le Ministère de la Modernisation de l'Etat. Les agents de l'Etat non fonctionnaires (contractuels) relèvent par assujettissement, des Institutions de Sécurité Sociale et Prévoyance Retraite.

De nombreuses études indiquent que les subventions de l'Etat à l'assurance maladie constitue une source d'iniquité entre d'une part les employés de la fonction publique qui bénéficient de l'accès aux soins à des coûts réduits et d'autre part les individus non agents de l'Administration qui ne bénéficient pas de ces avantages. En réalité les crédits budgétaires réservés par l'Etat pour l'Assurance Maladie ne constituent pas des subventions, mais des provisions pour couvrir les risques maladie de ses employés et leurs ayant-droit.

En effet, l'Etat est un employeur comme les autres et à ce titre, il est tenu au respect des lois et règlements concernant les obligations envers ses employés. Au demeurant, ce maigre avantage est mis en cause par le système de la participation financière qui astreint les employés de l'Administration au paiement des mêmes tarifs que les autres usagers. Il est important de noter ici que l'Etat est son propre assureur aussi les charges afférentes à l'assurance maladie de ses employés devraient être prévues dans son propre budget.

2. Les agents du secteur privé

Au sens de la législation sociale sénégalaise le terme « travailleur » désigne les employés du secteur privé et parapublic auxquels on joint tous les autres cas d'assujettis tel que prévu par le code de travail. En 1991 ce groupe comptait 155 000 travailleurs actifs d'après le fichier IPRES 1991.

Le régime de sécurité sociale dont bénéficient les travailleurs est le suivant :

Les prestations de sécurité sociale : telles que définies dans le code de sécurité sociale (loi 73 - 37 du 31 Août 1971). Ce régime offre les prestations liées à la famille, aux accidents de travail et maladies professionnelles. La Caisse de Sécurité Sociale en assure la gestion.

Les prestations de maladie : elles sont définies par la loi 75 - 50 du 3 Avril et le décret 75 -895 qui définit les attributions des institutions de prévoyance maladie (IPM).

Les prestations de retraite, gérées par l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) créée comme l'IPM par la loi 75 - 50 et mise en application par les décrets spécifiques (décret du 24 Avril 1975).

B. Le groupe des travailleurs indépendants

Ce groupe des travailleurs indépendants est le plus nombreux de la population active (90 %). Il regroupe les travailleurs indépendants de catégories variées que

sont les agriculteurs (plus de 1,5 million), les éleveurs, les professions libérales, les artisans et autres acteurs du secteur informel tels les commerçants, les artisans (bijoutiers, maçons, etc). Ces agents peuvent être enregistrés à la Caisse de Sécurité Sociale et dans les Institutions de Prévoyance Maladie

Il n'existe pas de mécanismes de prise en charge préalablement définis pour ce groupe. Il a toujours été marginalisé dans la plupart des régimes de sécurité sociale. Les difficultés de recensement, de détermination du niveau de leurs revenus et leur dispersion à travers le territoire en sont les principales raisons invoquées.

Ainsi, les travailleurs indépendants doivent, selon leurs moyens, s'adresser soit au secteur public de soins, soit au secteur privé. Généralement, ils souscrivent à une police d'assurance individuelle. Le rapport du BIT de 1992 indique que 68 000 personnes (agriculteurs et professions libérales, etc) bénéficient d'une couverture de soins par l'assurance maladie commerciale.

C. Le groupe des sans emplois et inactifs

C'est le groupe le plus important en nombre de la population générale. Il comprend les sans emplois et les personnes inactives.

Les sans emploi : sont représentés par les personnes valides n'exerçant aucune activité professionnelle. Ils étaient estimés à 280 000 individus environ en 1992.

Les personnes inactives : ce sont des personnes qui ne peuvent exercer aucune activité de production. Elles vivent pour l'essentiel aux dépens du groupe actif.

L'assurance maladie au Sénégal, comme dans les autres pays de la région, est orientée vers les travailleurs salariés. Les travailleurs indépendants, malgré leur nombre et le poids économique de leurs activités, ne sont pas pris efficacement en compte dans les mécanismes légaux.

2. Institutions de Prévoyance Maladie (IPM)

2.1 Mécanismes de mobilisation des ressources

A. Le cadre juridique

Les IPM sont chargées de la gestion de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elles ont été rendues obligatoires par la loi n° 75 - 50 du 3 Avril 1975 qui prévoit l'existence d'Institutions de Prévoyance Sociale et le décret n° 75 - 895 du 14 Août 1975 qui définit et organise les IPM.

Toute entreprise comptant au moins 100 travailleurs doit créer une IPM ou adhérer à une IPM déjà existante ou se regrouper pour créer une IPM.

Telle que définie par la loi, l'Institution de Prévoyance Maladie est dotée de la personnalité juridique. Il s'agit d'un organisme de droit privé ayant en général l'un des deux statuts suivants : association sans but lucratif (environ 38 % du total), union entre syndicats d'employeurs et de salariés (34 %) et service technique d'une entreprise. La création d'une IPM doit être autorisée par le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et pour cela un statut et un règlement intérieur du futur organisme sont fournis.

B. Le système de prise en charge des bénéficiaires

L'IPM octroie des prestations en nature sous forme de prise en charge partielle des frais d'hospitalisation, des soins médicaux, des frais d'analyse, des soins dentaires, des frais d'accouchement, des frais d'optique et de médicaments.

Dans certaines IPM, la couverture peut s'étendre aux frais de transport et à la prise en charge totale de l'hospitalisation de la deuxième catégorie de l'hôpital le Dantec 2500 F/ jour. C'est le cas de l'IPM de la Caisse de Sécurité Sociale (Direction de la statistique du travail, 1989)

Elles prennent en charge la famille de l'assuré. Les enfants des adhérents sont pris en charge jusqu'à l'âge de 18 ans s'ils ne poursuivent pas des études et jusqu'à 21 ans dans le cas contraire. Chaque membre participant dispose d'un carnet de santé que lui délivre l'Institution. La personne malade doit se procurer une feuille de maladie à l'IPM pour se rendre chez le médecin agréé. Muni de l'ordonnance du médecin, le patient doit retourner à l'IPM pour obtenir un bon de pharmacie qu'il présentera aux officines agréées pour se faire servir.

Le médecin et le pharmacien envoient leur facture à l'IPM au plus tard un mois après la consultation. L'IPM règle la facture à 100 %. Cependant 20 % des charges de la consultation et 40 % des charges en médicaments sont transférées à l'employé par l'intermédiaire de l'employeur par prélèvement à la source. Ce dernier doit régler sa dette dans un délai de 4 mois, (Loi régissant les IPM).

Les tarifs pratiqués pour la consultation sont fixés par arrêté conjoint des Ministres de la Santé Publique et de l'Action Sociale et du Commerce, de l'Artisanat et de l'Industrialisation en concertation avec les ordres professionnels. Ces tarifs ne doivent pas dépasser 6.000 F CFA (Ministère du Travail et de l'Emploi, 1996). Toutefois l'analyse de l'arrêté interministériel n° 7627 du 16 Juillet 1983 montre que le tarif de consultation d'un spécialiste devant être acquitté par l'IPM est de 6.000 F CFA dans le secteur public et de 8.500 F CFA dans le secteur privé.

Les nouveaux bénéficiaires doivent cotiser pendant plus de 2 mois pour pouvoir prétendre aux prestations des IPM. Des dispositions sont prévues pour les travailleurs saisonniers et le personnel de maison.

C. La population couverte

Une grande difficulté demeure pour appréhender la situation des IPM (statistiques anciennes incomplètes). Ainsi, il est impossible de savoir avec exactitude le nombre d'IPM au Sénégal et la population couverte par ces dernières.

Environ 100 à 200 IPM seraient en activité sur les 350 effectivement créées. Le Ministère du Travail et de l'Emploi a recensé 100 IPM (54 IPM interentreprises et 46 IPM d'entreprises) regroupant 1261 entreprises. Les IPM couvriraient environ 50 % des salariés du pays.

A la date de cette étude, l'Hôpital Principal travaille avec 137 IPM dont 17 sont dans une situation de suspension provisoire pour difficultés de paiement.

D. Mobilisation des Ressources

1. Ressources

L'IPM a pour ressources les cotisations des salariés et de leurs employeurs, représentant les

6 % des salaires bruts plafonnés à 60.000 F CFA. L'employeur et l'employé versent une part égale qui correspond à 3 % du salaire du travailleur, soit 2 fois 3.600 F CFA par mois et par employé (MSAS, 1995).

Chaque IPM, sur décision de son Assemblée Générale a la possibilité de fixer ses taux selon ses capacités. Ainsi, certaines IPM fixent leur cotisation à 4 % au lieu de 3 %. La part des deux parties prêteuses est alors de 120.000 F CFA par mois soit deux fois plus que le montant fixé par le règlement (OKO, 1992). Selon le Ministère du Travail et de l'Emploi (1996) les Institutions qui dépassent le taux de cotisation prévu ont des frais de prestation plus élevés que la moyenne des IPM.

En dehors des cotisations légales, les IPM reçoivent des subventions des entreprises. Elles peuvent recevoir également des dons et legs (Loi régissant les IPM).

Les ressources des IPM sont passées de 3,412 milliards en 1983 à 4,862 milliards en 1989, (BIT 1992).

2. Les prestations versées

En 1983, les IPM ont versés plus d'un milliard de F CFA aux prestataires des services de santé. Le remboursement des frais de pharmacie s'élevait à 60,93 % des sommes versées aux prestataires des services.

En 1988, les frais des prestations payés s'élevaient à 2,27 milliards.

2.2 Niveaux et tendances des financements

Les ressources des IPM ont augmenté de 30,25 % entre 1983 et 1989. Nous constatons donc une augmentation des moyens financiers de ces Institutions, (Direction du travail, Service de la Statistique, 1983).

De 1983 à 1988 les frais de prestations payés aux fournisseurs des services de santé ont augmenté de 6 % . Les IPM devaient plus d'un milliard de francs aux prestataires en 1988.

Les frais de prestations payés représentaient en moyenne 56,3 % des ressources annuelles des IPM durant la période 1983-1988.

La masse salariale brute des IPM a connu une évolution de 45 % entre 1983 et 1988 . Cette masse salariale représentait en moyenne 7,28 % des ressources générées entre 1983 et 1988. Ces frais dans l'ensemble sont élevés car ils dépassent les 8 à 10 % que l'on considère comme acceptable.

Entre 1983 et 1988 les frais de gestion (location, eau, électricité, fourniture, etc) ont augmenté de 20,05 % . Les frais de gestion représentaient environ 5,4 % des ressources générées entre 1983 et 1988.

Les IPM ont souvent des problèmes de recouvrement des cotisations auprès des employeurs. Par exemple en 1988 les créances étaient de 1,2 milliard.

2.3 Equité et efficacité des institutions de prévoyance de la maladie

Sous l'angle social, les prestations assurées par les IPM, le sont en fonction du besoin de santé plutôt que de la catégorie de revenu. Les prestations vont donc aux personnes les plus malades. Si on suppose que les personnes à faible revenu parmi les travailleurs sont souvent les plus malades, on peut avancer que ceux-ci sont susceptibles d'obtenir les soins dont ils ont besoin à de moindre frais.

A. Problèmes d'équité

Selon un rapport du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (1985), la diversité et le profil de la main d'œuvre entraînent des inégalités au sein des IPM (taille de la famille, seuil de rentabilité minimum rarement franchi) ; de même, les taux de remboursement sont faibles et une grande partie des dépenses restent à la charge des malades.

Mais, la politique d'assurance par les IPM pose surtout problème par rapport aux cotisations versées et aux services qui ne sont pas accessibles aux anciens membres des IPM telles que les personnes licenciées, les familles des personnes décédées, les personnes qui ont démissionné.

Si aucun autre système d'assurance des soins de santé ne les prend en charge, ces personnes auront à payer de lourdes charges pour leurs besoins en services de santé. Cette iniquité est réelle car l'article 14 du décret 75 895 précise bien que « La perte de la qualité de membre participant supprime tout droit aux avantages accordés par l'Institution de Prévoyance Maladie pour le travailleur et les membres de sa famille à charge au sens du régime de prestations familiales. Cette perte de la qualité de membre ne donne droit à aucun remboursement des cotisations versées lesquelles sont définitivement acquises à l'Institution ». (loi n° 75 - 50 du 3 Avril 1975 sur l'Institution de Prévoyance de la Maladie).

En ayant le même taux de remboursement pour tous les employés indépendamment des niveaux de leur salaire, le système crée également une iniquité. Les personnes les mieux payées se feront rembourser au même taux que les personnes qui ont des salaires minimums. Ainsi les 20 % qui sont prélevés auprès de ces derniers représentent une importante part de leur revenu.

B. Efficacité des institutions de prévoyance maladie

En théorie les IPM pourraient être efficaces parce que leur organisation évite les risques d'anti-sélection, moral et d'escalade des prix.

Le fait que ce soit tous les travailleurs des entreprises qui doivent souscrire à une IPM évite le risque d'anti-sélection. Les travailleurs dans l'ensemble ne représentent pas des personnes à risque élevé de maladies ou de blessures graves.

Le risque moral est également plus ou moins maîtrisé car les travailleurs sont obligés de rembourser entre 20 à 40 % des coûts de prestation déboursés de prestation par l'IPM. Donc ces travailleurs ne chercheront pas à utiliser de manière excessive les services qui leur sont offerts. Bien que ce risque moral soit limité par les règlements, les IPM dans les faits ne contrôlent pas les pratiques frauduleuses de leurs membres ou de leurs partenaires : familles fluctuantes, consommations pharmaceutiques et pratiques médicales non suivies et évaluées, etc (Evaluation MSAS 1995).

Le risque de flambée des prix des consultations est également contrôlé puisque les tarifs des prestations de soins sont fixés conjointement par le Ministère du Commerce et le Ministère de la Santé avec la coopération des ordres professionnels. Par contre ce risque n'est pas évité pour la consommation des produits pharmaceutiques. Il faudrait que les pharmacies agréées par les IPM puissent vendre des médicaments essentiels et génériques. Les IPM doivent contrôler la liste des médicaments autorisés pour éviter cette escalade de coût. Par exemple en 1989 les frais de pharmacie remboursés par les IPM étant de 1,482 milliard sur un total de prestation de 2,432 milliards, ils représentent 60,93 % des prestations payées.

Ces prestations reviennent à 42.626 F CFA environ par membre participant si on fait le ratio des prestations versées en 1989 par le nombre d'adhérents participants. Les frais de fonctionnement reviennent à 9.237 F CFA environ par membre adhérent. Chaque participant a dépensé en moyenne 51.863 F CFA en prestation et en frais de gestion pour l'année 1989.

C. Problème d'efficacité technique

Selon un rapport du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (1995) les coûts des soins sont élevés au Sénégal. Le tarif social d'une consultation est de 3.000 F et représente en terme de cotisation pour l'assurance maladie et avec un taux de prise en charge de 50 %, une centaine d'heures payées au SMIC. Calculés d'une autre façon, le coût de l'acte médical est élevé par rapport aux ressources locales. Le coût d'un acte médical représente au moins 10 % du SMIC mensuel ou 1,5 % du PNB brut par capital.

Cette situation entraîne une difficulté à assurer avec le paiement à l'acte et les tarifs en vigueur, un financement suffisant pour les soins de santé au Sénégal. Les frais pharmaceutiques sont aussi très élevés car les pharmaciens agréés ne pratiquent pas nécessairement la politique des médicaments essentiels et génériques.

3. Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal

L'IPRES est un établissement de droit privé chargé du régime de retraite et de vieillesse de travailleurs relevant du code du travail et des agents non fonctionnaires de l'Etat et des collectivités locales.

3.1 Mécanismes de mobilisation des ressources

A. Types de prestations offertes

L'IPRES gère trois régimes qui comptaient en 1981, 170 855 participants répartis comme suit :

- le régime général 155 297
- le régime d'agents de maison 7 754
- le régime complémentaire des cadres 7 804

L'IPRES de par sa vocation et ses attributions est un organisme de gestion de pensions attribuées aux travailleurs retraités. L'âge de la retraite est de 55 ans. Le nombre des retraités est en augmentation croissante passant de 50 783 en 1986 à 71 351 en 1990 soit près de 20 %.

B. Organisation de la prise en charge des soins des retraités

Cette prise en charge est organisée dans le cadre des actions sanitaires et sociales généralement reconnues dans la plupart des Institutions de Sécurité Sociale. Les prestations sont offertes par des structures de santé qui appartiennent à l'IPRES et par d'autres structures.

1. Prise en charge par les structures sanitaires de l'IPRES

Les retraités de l'IPRES disposent d'un Centre Médico-social à Dakar. Ce Centre assure des soins polyvalents dans un grand nombre de disciplines et de spécialités médicales. Les prestations de spécialités sont assurées par des médecins vacataires payés sur la base d'un contrat de vacation avec l'IPRES. Les allocataires de l'IPRES ainsi que les membres de leurs familles sont directement soignés au niveau du Centre. La prise en charge des soins est complète. Les ordonnances (non remboursables) sont prescrites en cas d'absence du produit dans la pharmacie du Centre. Dans les autres régions, des unités d'infirmierie construites dans certains centres, assurent les soins aux retraités habitant ces localités.

2. Autres modes de prise en charge sanitaire

Il existe un système de tiers payant au bénéfice des retraités dans les deux cas suivants : le cas où il n'y a pas un centre médical IPRES dans une région, et le cas où le malade est référé à un niveau supérieur, surtout pour les hospitalisations. La prise en charge de l'hospitalisation est de 80 % du prix de la deuxième catégorie de l'hôpital le Dantec soit 2.000 F par jour. Le retraité paye les 20 % restant. Il supporte aussi le supplément du coût si la catégorie qu'il a choisie n'est pas celle arrêtée par l'IPRES.

L'IPRES a signé en 1996 une convention avec la commune de Dakar pour l'hospitalisation des personnes retraitées dans les centres de santé et hôpitaux gérés par la commune. Elle verse un montant annuel de 100.000 F CFA comme caisse d'avance. Les retraités doivent payer un montant de 1.000 F CFA pour leur consultation dans les structures de la commune. Ce montant se décompose en 70 % de frais de service et 30 % de participation pour une prise en charge de personnes du 3^e âge qui n'ont aucun revenu pour se faire soigner. Le retraité supporte aussi le supplément de coût, si la catégorie choisie n'est pas celle arrêtée par l'IPRES. Dans d'autres localités de l'intérieur, le retraité a recours au système public de soins. Il doit payer pour les soins qu'il reçoit et se faire rembourser à l'IPRES.

Le financement des actions sanitaires se fait sur budget général de l'IPRES, prélevé sur l'ensemble des trois régimes gérés. Pour financer ce fonds social l'IPRES prélève 2 % des allocations de chacun des membres.

3.2 Niveaux et tendances des ressources

Au total, on peut estimer à 320 000 les personnes couvertes par ce système de prise en charge dont près de 248 600 ayant droit. En 1989, plus de 700 millions de F CFA étaient consacrés à l'action sanitaire de l'IPRES.

Les ressources de l'IPRES pour le financement du fonds social sont passés de 310.535.190 F CFA en 1990 à environ 365.000.000 F CFA en 1996. Le paiement des prestations de service de santé pour les retraités durant la même période est passée de 490.062.073 F CFA à environ 318.985.000 F CFA. De 1990 à 1992 l'IPRES a dû combler un déficit annuel moyen de 134.081.974,4. A partir de 1993, on constate un surplus annuel moyen de 59.783.810,33.

Avant 1993 l'IPRES était obligé de combler le déficit de l'utilisation du fonds social. Or ce déficit correspondait à peu près au montant des hospitalisations. A partir de 1993, l'IPRES a mieux contrôlé la gestion des hospitalisations dans les hôpitaux agréés. Ainsi les cotisations des allocataires ont pu couvrir entièrement les centres médicaux de l'IPRES.

Entre 1990 et 1996 les ressources de l'IPRES ont augmenté de 17,5 %.

Les prestations des services de santé payées ont diminué de 74,3 % entre 1990 à 1996.

3.3 Equité et efficacité de l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal

A. Equité de la prise en charge

L'Institution de Prévoyance Retraite semble couvrir plusieurs catégories de travailleurs :

- les non fonctionnaires, les travailleurs permanents d'entreprise ;
- les travailleurs saisonniers, journaliers ;
- les employés de maison ;
- les cadres.

Cependant les employés (non fonctionnaires et travailleurs réguliers et travailleurs saisonniers) sont les plus nombreux adhérents de l'IPRES.

Les employés de maison sont peu représentés à l'IPRES.

L'IPRES contribue à la couverture des soins de la population de deux façons :

Des non adhérents de l'IPRES peuvent se faire soigner gratuitement dans le Centre Médical et dans les dispensaires appartenant à l'Institution.

Les adhérents de l'IPRES paient un ticket modérateur quand ils vont se faire soigner dans les centres de santé publics. Ce ticket modérateur couvre le montant de la facture négociée de soins d'une part et les soins qui sont donnés aux personnes du troisième âge qui n'ont pas de couverture sociale d'autre part.

Cependant, l'accès aux services de santé pour les retraités adhérents à l'IPRES est un peu difficile dans les régions autres que Dakar. En effet ces dernières disposent d'un nombre limité de structures de soins. De plus les adhérents doivent payer les soins reçus dans ces structures et se faire rembourser par l'IPRES.

B. Efficacité des ressources

Le Centre Médico-social de l'IPRES offre une gamme de services généraux et spécialisés qui satisfont les adhérents. Cependant la répartition géographique des structures sanitaires de l'IPRES limite son efficacité. En effet les retraités se trouvant dans les régions de l'intérieur ne bénéficient pas de la disponibilité des ressources sanitaires.

L'IPRES a adopté des mesures pour équilibrer ses budgets, ainsi les coûts d'hospitalisation qui étaient très élevés ont sensiblement diminué (~ 30 %) depuis que l'IPRES a adopté un système de suivi de l'hospitalisation des adhérents.

4. Caisse de Sécurité Sociale

4.1 Mécanismes de mobilisation des ressources

A. Types de prestations offertes

La Caisse de Sécurité Sociale est régie par la loi 73 - 37 du 31 Juillet 1973 et la loi 91 - 33 du 26 Juin 1991 qui transforme le statut de la caisse en Institution de Prévoyance Sociale conformément à la loi 75 - 50 du 3 Avril 1975 fixant le cadre général des I.P.S. Ce changement de statut a entraîné la modification de l'alinéa 1^{er} l'article 2 de la loi 73 - 37. La Caisse a pour mission de gérer les prestations dévolues à la Sécurité Sociale à savoir :

- prestations familiales ;
- accidents du travail ;
- maladies professionnelles.

La Caisse est donc chargée d'assurer les prestations et de faire le recouvrement des cotisations et l'immatriculation des travailleurs et des employés.

Le régime des prestations familiales comprend les prestations ci-après :

- allocations familiales, allocations de maternité, allocations prénatales, indemnités journalières de congé de maternité, les prestations en nature et autres prestations instituées par la loi.

En réalité, la Caisse n'assure pas de prestations de soins médicaux, mais, la loi autorise la Caisse, dans le cadre des prestations en nature à exercer des prestations sanitaires et sociales en direction des familles des allocataires (article 31 du code de la Sécurité Sociale)

Au niveau des centres de protection maternelle et infantile, la prise en charge des soins est gratuite pour les allocataires. La population non allocataire qui utilise ces services doit donner une participation financière de 100 F CFA pour obtenir ces services. Ils doivent également payer les médicaments. La prise en charge pour les soins essentiels liés à la Santé de la mère et de l'enfant, est garantie pour les allocataires.

Les travailleurs indépendants qui représentent le groupe le plus important de la population active (88 % cf. BIT 1986) doivent être enregistrés à la Caisse de Sécurité Sociale et y cotiser pour pouvoir bénéficier des prestations offertes par cette Institution en matière de santé. Malheureusement dans les faits la Caisse de Sécurité Sociale ne les prend pas en compte.

B. Niveaux et tendances des ressources

1. Budget alloué aux prestations familiales

La Caisse dispose de 3 centres de santé maternelle et infantile situés dans les quartiers à forte densité de population. Le budget de ces centres provient des cotisations des employeurs au régime des prestations familiales. Ces cotisations sont fixées à 7 % des salariés plafonnés à 60.000 F CFA par mois. Ce budget représente 4, 025 % des dépenses techniques des prestations affectées à l'action sociale.

En 1990 le budget réalisé était de 18.452.000 F CFA et en 1994 de 226.098.000 F CFA donc entre ces deux années, l'évolution du budget est de 4,43 %, 84 % de ce budget est consacré aux dépenses de fonctionnement telles que les salaires, 7 % sont consacrés en 1994 aux dépenses techniques comme l'achat des produits pharmaceutiques et 9 % aux investissements.

2. Recettes des centres de santé

Avec l'instauration de l'initiative de Bamako, la Caisse a adopté le système des tickets modérateurs.

A titre d'exemple, les recettes du Centre de santé de Colobane s'élevaient à 4.131.685 F en 1985. Ce centre est celui qui reçoit le plus de clients (environ 10 000 par année).

La grande majorité de ses clients 80 % sont des non allocataires. Les travailleurs qui cotisent à la Caisse ne fréquentent pas les centres de santé. Ils avancent souvent que le temps d'attente pour consulter un médecin y est trop long. Les non allocataires qui fréquentent les centres ont diminué depuis l'instauration du ticket modérateur et du paiement des médicaments.

4.3 Equité et efficacité

Les prestations en nature dispensées par les trois Centres de protection Maternelle et Infantile bénéficient surtout aux populations non allocataires. Selon le gestionnaire de la Caisse très peu d'allocataires utilisent les services des Centres de Protection Maternelle et Infantile.

La gestion des Centres pose un problème d'efficacité car une trop grande partie du budget (80 %) est affectée au paiement du personnel.

4. Financement Communautaire du Risque et des Depenses

1. Financement Communautaire

Le Financement dont il est question ici exclut toutes les formes codifiées de financement se faisant à travers les comités de santé et les collectivités locales au sens de la loi n° 96 - 06 du 22 Mars 1996 portant code des collectivités locales. Les types de financement visés par la loi précitée constituent d'ailleurs les formes de participation ou financements communautaires les plus connues, en tout cas les plus accessibles.

Il s'agira dans le cadre de cette étude de faire une revue sommaire des autres formes qui ont été générées de financement communautaire.

A l'expérience, on constate que cette participation à l'effort de santé se fait à travers de nombreuses structures formelles telles que les associations d'émigrés ou de ressortissants d'un même village, d'une même ville, d'une même région ou d'un même pays, les associations à base ethnique, culturelle, sportive, religieuse, mais aussi de groupements informels, de groupes de pression ou même de mécènes.

Au Sénégal, de tout temps, les communautés se sont organisées à leur manière, sur la base de valeurs et principes propres de solidarité et d'entraide, pour prendre en charge et de manière solidaire les problèmes qui se posent à elles et à leurs membres. Cette prise en charge est assurée par des actions ponctuelles ou à travers des projets qui ont été longtemps occultés et touchant des domaines aussi variés que les cérémonies familiales (baptême, mariage, cérémonies funéraires), la maladie, la mise en place d'ouvrages communs (mosquées, dispensaires, maternités) etc.

Dans le domaine spécifique de la santé, de nombreuses infrastructures ont été construites et équipées : postes de santé, dépôts de médicaments maternités rurales et cases de santé.

Des médicaments et produits assimilés ont été acquis et mis à la disposition non seulement de ces structures de base mais aussi au niveau des autres formations sanitaires que sont les hôpitaux et les centres de santé.

Les communautés se sont également investies dans l'achat d'ambulances, de carburant notamment pour l'évacuation sanitaire mais aussi dans le recrutement de personnel médical, para-médical et communautaire.

Comme on le voit donc les communautés ont participé de manière significative à l'amélioration de la couverture sanitaire et au bon fonctionnement des structures sanitaires.

Cependant, force est de constater que la collaboration ne s'est pas toujours faite de manière harmonieuse.

En effet, les raisons profondes qui sont à la base de l'initiative des communautés pour construire, équiper des infrastructures ou recruter du personnel ne sont pas souvent conformes à la politique nationale de santé, notamment dans ses aspects normatifs.

Les autorités sanitaires sont souvent prises de court. Elles ne sont informées de l'existence de la structure construite et équipée que lorsque les populations s'adressent à elles pour la mise à disposition de personnel.

Les mêmes problèmes se posent aussi dans le domaine du médicament où le plus souvent, les donateurs n'accomplissent pas à temps toutes les formalités administratives relatives au visa des médicaments.

L'autre difficulté majeure, réside dans l'impossibilité de quantifier cette importante participation.

Une enquête auprès de ces communautés, des autorités politiques et sanitaires locales permettrait certainement d'avoir des idées claires sur la question.

2. Mutuelles

2.1 Mécanisme de mobilisation des ressources

La récession économique amorcée depuis les années 1970 par le choc pétrolier, la sécheresse, l'endettement extérieur et la dévaluation du F CFA ont concouru à réduire les ressources de l'Etat.

Le Gouvernement a été amené à réduire ou moraliser les dépenses publiques.

Les crédits budgétaires consacrés à la santé connaissent ainsi une lente progression voir une stagnation.

Au même moment on note un accroissement de la demande de soins et une couverture sanitaire et sociale insuffisante. Pour faire face à ces problèmes il faut constamment imaginer d'autres formes de financement ou de prise en charge des

dépenses de santé, et renforcer les systèmes classiques existants à savoir, la participation des populations à travers les comités de santé et l'Initiative de Bamako, la participation des collectivités locales, la sécurité sociale, les mutuelles et toutes autres formes de financement.

Les études actuellement menées par le Ministère de la Santé et de l'action Sociale dans ce domaine s'orientent vers une approche, un voie nouvelle, la mutuelle.

Selon le code de la mutualité française, une mutuelle « est un regroupement de personnes (et non de capitaux) qui s'associent sans esprit lucratif dans le but de mener une action solidaire en direction d'elles-mêmes ou de leurs familles. »

Le lexique mutualiste quant à lui définit les mutuelles comme « des organismes regroupant, sur une base professionnelle, interprofessionnelle ou géographique, des individus ayant décidé de se protéger mutuellement contre un certain nombre de risques ».

Les adhérents de la mutuelle versent des cotisations et en contrepartie, ils obtiennent, sous forme de prestations de services, des garanties contre certains événements ou risques.

La mutuelle peut être multifonctionnelle c'est le cas lorsqu'elle prend en charge une multitude de prestations de services y compris dans le domaine de la santé en fonction des besoins de leurs membres.

Les mutuelles de santé sont celles qui ont pour objet la promotion de la santé de leurs membres incluant les aspects préventifs ou curatifs. Une trentaine de mutuelles santé a été dénombrée à la date de l'étude dont une dizaine est actuellement fonctionnelle.

A. Les principes mutualistes

La mutuelle quelque soit son objet est régie par les principes suivants :

- La solidarité

Elle est l'un des meilleurs moyens pour atteindre la justice sociale. Elle s'exprime d'une manière financière mais aussi par un engagement bénévole en faveur de ses membres.

Les implications du principe de solidarité sont doubles. D'une part, chaque membre paie la même cotisation, d'autre part, chacun bénéficie des mêmes services en cas de risques réalisés.

- La démocratie

L'adhésion à une mutuelle n'est ni obligatoire ni conditionnelle. Chacun est libre d'adhérer et ce, sans discrimination sociale, ethnique, sexuelle, religieux, sociale ou politique.

La mutuelle repose sur le principe de l'autonomie, de la volonté et de la liberté d'association.

Tous les membres ont les mêmes droits et obligations. Ils ont entre autres, le droit de participer directement ou indirectement, aux différentes instances de décisions.

Cette démocratie participative se concrétise à travers des structures qui garantissent la participation des membres aux prises de décision et la possibilité de contrôler le fonctionnement de leur mutuelle.

- Autonomie et liberté dans le respect des lois

La mutuelle est une organisation libre qui, en conséquence, doit pouvoir prendre des décisions sans demander des autorisations aux autorités politiques.

L'indépendance et l'autonomie signifient qu'il ne doit pas y avoir d'ingérence dans la gestion intérieure d'une mutuelle et dans le processus interne de prise de décision. Une mutuelle n'est pas seulement autonome par rapport à l'Etat, mais également vis à vis des partis politiques, des employeurs ou des groupes de personnes qui défendent parfois des intérêts contradictoires.

Cela ne signifie pas que la mutuelle ne doit pas être soumise à des lois et règlements comme par exemple ceux qui concernent l'enregistrement, la comptabilité, le contrôle et d'une manière générale la tutelle.

- Epanouissement de la personne

Le respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions en reconnaissant l'originalité de chacun et en cherchant l'épanouissement de chacun pour aboutir à une plus grande autonomie, c'est dans cet esprit qu'oeuvrent les mutuelles.

- But non lucratif

La mutuelle par vocation ne poursuit pas un but lucratif. La recherche et le partage de bénéfices, de profits sont incompatibles avec sa nature.

Le but est non lucratif ne veut pas dire que la mutuelle ne mène pas d'activités génératrices de revenus c'est l'objectif de les partager qui n'est pas admis.

Un surplus de recettes sur les dépenses peut, un fois la réserve constituée permettre d'améliorer les services de la mutuelle.

Au Sénégal, il existe depuis 1995 (loi 95 - 03 du 05 Janvier 1995) une réglementation des Institutions Mutualistes ou Coopératives d'Epargne et de Crédit (I.M.C.E.C.).

Au sens de la présente loi sont considérées comme Institutions Mutualistes ou Coopératives d'Epargne et de Crédit ou « Institutions » un groupement de personnes doté de la personnalité morale sans but lucratif et à capital variable

fondé sur les principes d'union, de solidarité et d'entraide mutuelle et ayant principalement pour objet de collecter l'épargne de ses membres et de leur consentir du crédit.

Il n'existe donc pas au Sénégal, de réglementation spécifique aux mutuelles de santé.

Pour certains, il n'est pas nécessaire de créer un cadre juridique propre, le cadre général posé par la loi 95 - 03 suffit et permet de jeter les bases des mutuelles de santé.

Pour d'autres, la mise en place d'un cadre spécifique est incontournable pour prendre en compte les spécificités du secteur sanitaire mais aussi pour affirmer la tutelle du Ministère de la Santé et de l'action Sociale décidée par Monsieur le Premier Ministre.

Les réponses à ces questions seront peut-être disponibles à la fin des études menées par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale dans ce domaine.

Ces études ont pour cadre le protocole en date du 16-11-1993 signé entre le Gouvernement du Sénégal et la Fédération Nationale de la Mutualité Française qui apporte son soutien pour l'élaboration d'une législation, à la création d'un réseau mutualiste et d'un réseau sanitaire efficace.

Avant et parallèlement à ces recherches, des mutuelles se créent et se développent.

B. Quelques exemples de mutuelles de santé

Les mutuelles les plus connues sont celles de FANDENE, de YOFF et de la SOCOCIM.

Les deux (2) premières sont établies sur une base ethnique et la dernière sur une base professionnelle.

La mutuelle de FANDENE

FANDENE est un village « Sereer-Noon » de 2500 habitants situé à 7 Km de Thiès et comprend une petite communauté de Peulhs.

La mutualité a pour support le dispensaire et la maternité rurale du village et l'hôpital Saint-Jean de Dieu avec qui elle a signé une convention qui a permis à la mutuelle de bénéficier de tarifs préférentiels de moitié.

Les droits d'adhésion sont de 1.000 F par personne en charge en 1993. Si l'adhérent accumule plus de trois (3) mois de retard de cotisation, il doit s'acquitter de ses arriérés et payer une pénalité de 10.000 F avant de bénéficier d'une quelconque prestation.

En 1992 la mutuelle comptait 619 familles adhérentes dont 261 seulement à jour de leurs cotisations soit 1012 personnes (source O.M.S.)

La mutuelle est gérée par un bureau de cinq (5) membres.

La seule prestation prise en compte est l'hospitalisation et pour une durée de quinze (15) jours au maximum. Les autres prestations relèvent du dispensaire et de la maternité.

La mutuelle de la SOCOCIM

La SOCOCIM est une société de fabrique de ciment qui dispose d'une Institution de Prévoyance-Maladie (IPM) qui prend en charge les travailleurs de la SOCOCIM et de leurs familles (salarié, conjoint et enfant etc).

L'objectif de la mutuelle est de prendre en charge les autres parents issus de la famille dite élargie (Ascendants, cousins, frères, soeurs, neveux, etc).

La mutuelle de la SOCOCIM est multifonctionnelle. Elle gère une multitude de prestation allant des denrées alimentaires à la santé en passant par le ciment et l'habitat.

La mutuelle de YOFF

Les habitants du village des pêcheurs Lébou de la banlieue de Dakar se sont constitués le 25 Juillet 1993 en mutuelle pour la prise en charge médicale et pharmaceutique d'environ 2 000 familles et d'assurer le suivi médical de 4 000 enfants.

La mutuelle dispose de statuts et d'un règlement intérieur.

Les cotisations sont de 1 000 F par mois et par personne seule ou mariée à trois enfants maximum. Au delà de trois (3) enfants elle est de 200 f par mois et par personne à charge.

Est considérée comme personne à charge les ascendants, descendants, conjoints.

Une analyse comparée des mutuelles ci-dessus nous permet de retenir les premières conclusions suivantes :

- la difficulté de disposer de statistiques fiables , notamment, sur le nombre réel d'adhérents et sur les ressources financières générées, c'est le cas de FANDENE ou d'autres documents parlent de 386 familles adhérentes sur 435 ;
- le niveau relativement peu élevé des cotisations et l'absence d'activités génératrices de revenus additionnels ;

- l'exclusion d'une partie de la population sur des bases ethniques ou financières ;
- l'absence d'un cadre juridique définissant les règles d'organisation et les rapports avec les pouvoirs publics ;
- les difficultés de recouvrement des cotisations ;

La prise en charge des problèmes de santé reste encore partiellement et se limite parfois à un seul volet comme c'est le cas pour FANDENE.

2.2 Niveaux et tendances

La source classique, essentielle des mutuelles de santé est la cotisation des adhérents.

Même si dans la rubrique de leurs ressources il est fait mention d'autres sources telles que dons, legs, subventions, force est de constater que les seules sources jusqu'ici mobilisées à notre connaissance en dehors des cotisations se résument à une subvention de 200.000 F pour l'acquisition de médicaments pour la mutuelle de YOFF, la subvention d'un million annoncée par la Commune de Dakar n'est pas encore parvenue.

A cela il faut ajouter les intérêts bancaires, les produits des manifestations culturelles et amendes instituées par la mutuelle des Forces Armées dont on a pas encore le montant chiffré.

A YOFF où 2,44 % seulement de la population adhèrent à la mutuelle, la situation financière au 30 Avril 1994 soit 9 mois après sa création (Août 1993) est à 240.000 F en recettes, à 170.000 F en dépense et 70.000 F en solde.

La tendance est à l'accroissement des charges du fait que la mutuelle dispose de ses propres structures sanitaires dont elle assure les charges récurrentes.

La mutuelle des Forces Armées est constituée de militaires en activités ou à la retraite (des officiers généraux aux hommes de troupe) qui représentent 98,57 % de l'effectif total de la mutuelle et des civils (des employés civils des armées et les veuves des militaires).

Les cotisations sont de 1800 à 8250 F pour les militaires, les veuves et les civils ayant le même indice que les militaires, les retraités paient 20 % de moins.

Cette mutuelle offre une multitude de prestations. Il ne s'agira ici que des prestations sanitaires à savoir le remboursement de médicaments à 50 %, la prise en charge des hospitalisations et des consultations jusqu'à concurrence de 20 %, la vaccination est remboursée à 100 %.

Les dépenses de médicaments de la mutuelle des Forces Armées sont passées de 75 millions environ en 1989 à 96 millions environ en 1991 soit une augmentation de 27,28 %.

En 1992, cette augmentation est de 123,16 %.

En 1993 on constate une réduction de 27,56 % par rapport à l'année précédente.

Les dépenses d'hospitalisation étaient de 9,5 millions en 1989 et réduites à 5 millions en 1990 soit une baisse de 47,4 %, elles sont à près de 50 millions en 1994.

En 1989, la mutuelle a dépensé 831 F par adhérent pour l'hospitalisation et 3705 en 1994.

Les consultations de spécialistes sont de 6.605.408 F en 1989 avec une faible variation en 1990 et 1991, elles sont passées en 1994 à 13 millions.

Les dépenses générales de santé sont passées de 91 millions en 1989 à 265.590.605 en 1994.

Au même moment les cotisations sont passées de 188.870.717 à 492.110.841.

La mutuelle de FANDENE, de 1990, date d'hospitalisation du premier malade au 01 12xxxx, a hospitalisé 298 malades pour un coût de 8.524.391. A la même période, elle a réalisé 11.716.115 F de recettes.

2.3 Equité et Efficacité

Il ne semble pas rationnel pour une mutuelle comme celle de YOFF qui n'a pas trois années d'existence de vouloir déjà disposer de ses propres structures sanitaires avec tout ce que cela entraîne comme charges récurrentes alors qu'il existe des formations sanitaires publiques performantes qui pratiquent des tarifs nettement plus avantageux que ceux en vigueur à la mutuelle de YOFF.

A titre d'exemple un accès palustre revient à 1059 F au centre de santé de la mutuelle contre 372 F au centre de santé public.

La différence des tarifs varie en général entre 41,24 % et 94,14 %.

En matière de recouvrement des cotisations on constate qu'il y a énormément de difficultés ; 51,8 % des adhérents de la mutuelle de FANDENE sont en retard de leurs cotisations même s'il existe une menace d'amende de 10.000 F qui pèse sur l'adhérent qui accumule des arriérés de trois (3) mois.

Il faut remarquer que cette difficulté est facilement surmontée, il suffit pour la personne malade en retard de ses cotisations et qui risque de payer plus cher de s'acquitter de celles-ci et de bénéficier des prestations de la mutuelle.

Il faut noter encore pour FANDENE qu'il y a d'autres difficultés liées à la lenteur des remboursements des frais médicaux à la suite de préfinancement de soins des adhérents.

En dehors de cette mesure, les seuls moyens possibles sont les recours judiciaires dont la mise en œuvre se heurte à des réalités socio-culturelles.

Toujours en matière de recouvrement, on peut affirmer que le meilleur exemple est offert par la mutuelle des Forces Armées qui a institué une retenue sur les salaires des militaires au profit de leur mutuelle.

Cela est d'autant plus rassurant que la mutuelle est constituée de militaires à plus de 98 %.

5. Analyse des Differentes Strategies

1. Importance relative des diverses stratégies

Huit (8) modes spécifiques de mobilisation des ressources ont été recensés comme étant divers volets de la stratégie globale du financement de la santé. Ce sont :

- budget de l'Etat ;
- budget des collectivités locales ;
- paiement par les usagers, qui est pour l'essentiel les dépenses des ménages ;
- assurance maladie commerciale ;
- mutuelle ;
- financement à base communautaire (par associations villageoises, associations de certaines couches de la population selon l'âge, le sexe, l'ethnie, la religion, groupement informel, mécènes, ...) ;
- ONG (mode de mobilisation non classé du fait des chevauchements importants avec d'autres modes et du fait du manque d'informations pertinentes) ;
- ressources extérieures des partenaires étrangers.

Le budget de l'Etat occupe le deuxième rang des modes de mobilisation des ressources les plus importants après le paiement par les usagers. Avec les 18,758 milliards F CFA en 1996, ce budget intègre les financements indirects tels que les exonérations douanières sur les médicaments (1 milliard du timbre douanier) et les déductions ou crédits fiscaux accordés aux pharmacies privées (150 millions). Cependant ces ressources de l'Etat sont utilisées selon des procédures et dans un cadre très peu performant, ce qui en limite d'autant l'importance pour les services de santé (cf. étude Alpha DIENG et Robin BARLOW).

Les collectivités locales font de plus en plus d'efforts pour la santé de leur population ne peuvent occuper plus du cinquième rang, étant encore selon des estimations de 1990 environ 1 milliard F CFA), largement précédées par les partenaires extérieurs et l'assurance maladie commerciale. L'effort de la plupart des

collectivités locales au profit de la santé est impulsé et soutenu par les nombreux projets et programmes initiés dans le cadre de la coopération décentralisée qui a tendance à se focaliser sur le secteur de la santé.

Le financement à base communautaire occuperait la sixième place, juste avant le financement par les mutuelles. Ces mutuelles santé sont des structures en phase de démarrage pour leur grande majorité ; néanmoins le rythme de leur création et l'engagement constaté de la part de leurs adhérents laissent croire qu'elles constitueront bientôt l'une des principales stratégies de mobilisation des ressources du secteur sanitaire.

2. Evolution observée des diverses stratégies

Sur les sept modes de mobilisations examinées, deux ont un trend négatif c'est à dire une baisse du montant des ressources dans le temps (assurance maladie commerciale et ressources extérieures), un connaît une baisse relative même si en valeur absolue son évolution est positive (Etat), et enfin les quatre autres indiquent une évolution largement favorable.

La baisse la plus importante a été enregistrée sur les assurances commerciales avec 17 % de baisse sur trois ans. Cette stratégie de mobilisation des ressources est si étroitement dépendant de la situation économique qu'il serait illusoire de vouloir en faire aujourd'hui un volet significatif du financement de la santé.

Le paiement par les usagers avec les diverses formes qu'il peut prendre (paiement direct à un taux symbolique ou au coût réel, Initiative de Bamako) enregistre la plus importante progression sur les dix dernières années. Il s'agit là davantage d'un mécanisme que d'une source puisque ce mode de mobilisation des ressources capte l'essentiel des dépenses des ménages. Il s'agit des sommes d'argent payées par les individus au niveau des services privés de santé et de l'argent déboursé au titre de la participation financière et l'Initiative de Bamako dans les services publics de santé.

L'évolution particulièrement rapide du paiement par les usagers et son introduction massive dans les services publics de santé y compris dans les hôpitaux, paraissent être les facteurs explicatifs de la faible évolution du budget santé du gouvernement. En effet depuis l'introduction de l'IB en 1991, qui a démultiplié les ressources de ce mode de mobilisation, le budget santé de l'Etat a commencé à baisser en terme relatif : 5,75 % du budget national en 1991, 5,25 % en 1993 et 5,30 % en 1995.

Jusqu'à 1994, la majorité des IPM traversaient une crise liée tantôt à un équilibre financier précaire, tantôt à un déficit créant des dettes rarement honorées par la suite. Cette situation est telle que, par exemple, l'Hôpital Principal n'avait plus accepté les malades de bon nombre d'IPM. Mais, la situation s'est nettement

améliorée à présent, puisque les malades de 120 IPM sont acceptés par l'Hôpital Principal.

La plupart des études sur les IPM mettent l'accent sur les difficultés ci-après :

- non versement de certaines cotisations, en particulier les quote-parts des employeurs ;
- réduction ou simplement faiblesse de la masse salariale, d'où faiblesse des ressources ;
- manque de contrôle interne, des véreux accaparant parfois la Direction ;
- choix non objectif ni transparent des praticiens médicaux agréés ;
- absence d'une liste de médicaments essentiels sur lesquels porteraient la prise en charge ;
- insuffisance des mécanismes de gestion ainsi que ceux relatifs au suivi des bénéficiaires, etc ...

La réflexion qui a été conduite ces cinq dernières années a embrassé de nombreuses perspectives afin de sortir les IPM de leur marasme : l'augmentation des taux de cotisation et la fédération des IPM, ont été les directions les plus fréquemment explorées. Cependant, ni l'une ni l'autre perspective ne paraît satisfaisant sans des préalables importants.

L'augmentation des cotisations n'est pas envisageable sans assainissement et transparence au niveau de la gestion des IPM. Au demeurant, les employeurs sont plutôt hostiles à un accroissement des charges patronales.

S'agissant de la fédération d'IPM, elle ne semble pas non plus pertinente quand on sait plusieurs IPM fonctionnent bien du fait des efforts consentis par l'employeur. Dans ce cas, ce dernier risque de se désintéresser d'une structure qui ne concerne plus exclusivement ses employés.

3. Efficacité et Pérennité Relatives des Différentes Stratégies

Le mode de mobilisation des ressources qui offre les meilleures garanties d'efficacité et de pérennité, est sans nulle doute le paiement par les usagers. Ce dernier répond bien par ailleurs à la politique économique et sociale du gouvernement qui cherche à réduire au minimum les sollicitations financières qui pèsent sur l'Etat.

Toutefois, dans un contexte de marasme économique et de dénuement croissant d'une importante partie de la population urbaine et de la majorité de la population rurale, le paiement direct est un grand fardeau pour l'utilisateur et une rude épreuve pour les valeurs sociales de solidarité encore présentes dans les communautés

sénégalaises. L'équité n'est pas non plus assurée dans ce paiement des usagers puisque les prix ne sont pas fixés dans une situation de concurrence des offreurs de prestations de santé et ou selon le pouvoir d'achat des demandeurs de prestation.

Les mutuelles et le financement à base communautaire sont considérés dans cette étude comme la deuxième et la troisième meilleure stratégie de mobilisation des ressources. Pour le mutuelles santé ce classement n'est valable que sous la condition d'une cession rigoureuse et transparente de la mutuelle, toute chose qui pourrait ne pas être évidente si les carences et les difficultés de certains comités de santé n'éclairent pas les mutualistes.

En tout cas, la dynamique notée dans la création et le développement des mutuelles santé, qui sont passées d'une unité en 1991 à une trentaine

L'Etat et les collectivités locales précéderaient dans ce classement l'assurance commerciale et les partenaires au développement ; ces quatre modes de mobilisation des ressources offrent moins d'efficacité et/ou de pérennité que ceux évoqués plus haut.

En définitive et en tirant les conclusions de cette analyse fondée sur le rang occupé par chaque mode de mobilisation en appliquant chacun des trois critères précédents, il apparaît clairement que certaines stratégies méritent davantage d'efforts et d'attention que d'autres. Ainsi, le paiement par les usagers mérite plus qu'aucune autre stratégie l'attention du décideur et du chercheur intéressé par les questions de mobilisation des ressources pour la santé. Les efforts pourraient ensuite porter sur les mutuelles et le financement à base communautaire, puis l'Etat et les collectivités locales et enfin l'assurance maladie commerciale et les ressources extérieures des partenaires étrangers.

Ce classement n'a rien d'administratif, tout au plus il est un conseil pour concentrer les efforts sur l'essentiel afin de permettre un meilleur développement sanitaire du pays.

Annexe 1

Tableau A.1
Agregats Macroéconomique

<i>Indicateur</i>	<i>1987</i>	<i>1988</i>	<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>
PIB (en milliards FCFA)	1382,3	1483,3	1475,0	1552,4	1549,9	1612,8	1586,6	2155,0
Consommation Finale (en milliards FCFA)	1312,5	1389,1	1381,3	1417,8	1446,0	1500,7	1479,0	1951,2
PNB (en milliards FCFA)	1321,2	1418,2	1408,1	1498,7	1496,4	1559,9	1532,6	2058,7
Population (en millions)	6,7	6,9	7,1	7,3	7,5	7,7	7,9	8,1
PNB/ tête (F CFA)	196.83	205.16	198.24	205.34	199.54	202.48	193.68	253.30
PNB/ tête (en \$ US)	655,0	688,5	621,4	754,1	707,4	765,0	689,8	456,2
Revenu National Brut (en milliards FCFA)	1391,6	1501,2	1493,0	1578,9	1579,2	1643,7	1611,9	2272,0
RN/tête (F CFA)	207.32	217.17	210.19	216.33	210.59	213.36	203,70	279.55
RN/tête (Dollars US)	689,9	728,8	658,9	794,5	746,5	806,1	725,4	503,5
PIB à prix constants 1987	1382,5	145,2	1431,8	1456,6	1486,4	1528,7	1497,2	1526,7
Déflateur PIB	-	2,1	0,9	0,6	0,5	1,2	0,4	33,2
Taux de croissance du PIB	-	5,1	- 1,4	4,5	- 0,7	2,8	-2,1	2,0

