



Ministère de la Santé et de la Protection Médicale

Direction de la Santé / Projet ABT, Comité de Pilotage de l'étude

EVALUATION DES INITIATIVES DE SUBVENTIONS ET DU FONDS SOCIAL

RAPPORT FINAL

Etude réalisée par :

- Colonel Oumar NDIAYE, Expert en économie et administration de la Santé
- M. Edouard J.G. DIEME, Expert économiste, MSc.
Gestion de projets

SEPTEMBRE 2007

Tél. : (221) 638 11 31 – 569 79 61
E-mail : colonel_o_ndiaye@yahoo.fr ; edieme@orange.sn

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	
LISTE DES TABLEAUX	
RESUME EXECUTIF	7
INTRODUCTION	13
<u>PARTIE I : PRESENTATION DES INITIATIVES</u>	18
<u>CHAPITRE 1 : LA GRATUITE DES ACCOUCHEMENTS ET DES CESARIENNES</u>	20
1.1. HISTORIQUE	20
1.2. ORGANISATION FONCTIONNELLE	25
<u>CHAPITRE 2 : LA PRISE EN CHARGE GRATUITE DES PERSONNES AGEES DE 60 ANS ET PLUS (PLAN SESAME)</u>	27
2.1. HISTORIQUE	27
2.2. ORGANISATION FONCTIONNELLE	30
<u>CHAPITRE 3 : LE FONDS DE SOLIDARITE NATIONALE</u>	32
3.1. HISTORIQUE	32
3.2. ORGANISATION FONCTIONNELLE	34
<u>PARTIE II : FONCTIONNEMENT REEL DES INITIATIVES</u>	36
<u>CHAPITRE 1 : DISPOSITIF A L'INTERIEUR DES ETABLISSEMENTS ET FORMATIONS</u>	38
1.1. INITIATIVES ACCOUCHEMENTS ET CESARIENNES	44
1.2. LE PLAN SESAME- PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DU 3 ^E AGE	48
<u>CHAPITRE 2 : DISPOSITIF ENTRE LES ETABLISSEMENTS ET LE NIVEAU CENTRAL</u>	55
2.1. INITIATIVES ACCOUCHEMENTS ET CESARIENNES	55
2.2. LE PLAN SESAME	57

<u>PARTIE III : VIABILITE DES INITIATIVES</u>	63
<u>CHAPITRE 1 : CONSIDERATIONS GENERALES SUR LES INITIATIVES</u>	64
1.1. INITIATIVES ACCOUCHEMENTS ET CESARIENNES	64
1.2. LE PLAN SESAME	71
1.3. LE FONDS DE SOLIDARITE	80
<u>CHAPITRE 2 : IMPACT FINANCIER SUR LA VIABILITE A LONG TERME</u>	82
2.1. INITIATIVES ACCOUCHEMENTS ET CESARIENNES	82
2.2. LE PLAN SESAME- PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DU 3 ^E AGE	87
<u>PARTIE IV : REVUE DES EXPERIENCES</u>	106
4.1. PROBLEMATIQUE	107
4.2. LECONS TIREES DES EXPERIENCES	110
4.3. CAS DU GHANA	112
4.4. EXPERIENCE DE LA MAURITANIE	113
4.5. FORFAIT ACCOUCHEMENT AU DISTRICT SANITAIRE DE GUEDIWAYE	115
<u>PARTIE V : RECOMMANDATIONS</u>	123
5.1. INITIATIVES ACCOUCHEMENTS ET CESARIENNES	124
5.2. LE PLAN SESAME	133
5.3. LE FONDS DE SOLIDARITE	140
<u>PARTIE VI : PLAN D' ACTIONS</u>	143
6.1. INITIATIVES ACCOUCHEMENTS ET CESARIENNES	144
6.2. LE PLAN SESAME	147
6.3. LE FONDS DE SOLIDARITE	148
<u>ANNEXES</u>	149
➤ <i>Annexe 1 : Enquête de terrain</i>	150
➤ <i>Annexe 2 : Compte-rendu réunion tenue à Saly</i>	160
➤ <i>Annexe 3 : Lettre d'introduction</i>	162
➤ <i>Annexe 4 : Extrait ROM sur le déroulement</i>	163
➤ <i>Annexe 5 : Liste des personnes rencontrées</i>	166
➤ <i>Annexe 6 : Liste des enquêteurs</i>	169
➤ <i>Annexe 7 : Bibliographie</i>	170
➤ <i>Annexe 8 : Message à la nation du Président de la République</i>	172

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABT	Compagnie américaine de consultance
ARV	Anti rétroviraux
AS	Action sociale
AVC	Accidents vasculaires cérébraux
BM	Banque Mondiale
CAFSP	La Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CAFSP	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CHN	Centre hospitalier national
CHR	Centre hospitalier régional
CRD	Comite régional de développement
CS	Centre de Santé
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DAS	Direction de l'Action Sociale
DS	Direction de la Santé
DSR	Division de la Santé de Reproduction
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté
DSSP	Division des Soins de Santé Primaires
EPS	Etablissements Publics de Santé
ESAM	Enquête Sénégalaise des Ménages
FNR	Fonds National de Retraite
FSN	Fonds de Solidarité Nationale
HALD	Hôpital Aristide Le Dantec
HOGGY	Hôpital Général de Grand-Yoff
HPD	Hôpital Principal de Dakar
IB	Initiative de Bamako
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite au Sénégal
MCD	Médecin chef de district
MCR	Médecin chef de région
MSN	Ministère de la Solidarité Nationale
MSPM	Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
Plan Sésame	La prise en charge gratuite des personnes âgées de 60 ans et plus
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNA-PRA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement - Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement de la Santé
PS	Postes de Santé

RM	Région Médicale
SAMU	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SDE	Société des Eaux
SENELEC	Société Nationale d'Electricité
SNEIPS	Service National d'Education et d'Information pour la Santé
SNIS	Service National de l'Information Sanitaire
SONATEL	Société Nationale des Télécommunications
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
USAID	Agence des Etats Unis pour le Développement international

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Evolution des ressources financières du FSN entre 2003 et 2007
(en millions FCFA constants)
- Tableau 2 : Montants des subventions Etat/Accouchements et césariennes
- Tableau 3 : Valeur des médicaments livrés aux régions
- Tableau 4 : Nombre d'accouchements dans les régions pilotes
- Tableau 5 : Progression des accouchements selon la Division de la santé
de la reproduction
- Tableau 6 : Procédures comparatives IPRES versus SESAME-Etat
- Tableau 7 : Compte de recettes-dépenses comparées - Second Trimestre 2004
Second Trimestre 2005 En F CFA courants
- Tableau 8 : Résultats des accouchements assistés dans trois métropoles
régions
- Tableau 9 : Incidence de la pauvreté et contribution selon les régions
administratives
- Tableau 10 : Simulation tarifaire
- Tableau 11 : Structures prévues et réalisées
- Tableau 12 : Centres SOU non enquêtés par région
- Tableau 13 : Bilan collecte par région, structures et initiatives
- Tableau 14 : Nombre de césariennes effectuées par région et année dans
les hôpitaux
- Tableau 15 : Nombre de personnes âgées soignées après l'entrée en vigueur
de l'initiative.
- Tableau 16 : Nombre d'accouchements réalisés après l'entrée en vigueur
de l'initiative par région et année.
- Tableau 17 : Décompte des kits d'accouchements reçus et utilisés dans le district
sanitaire de Ziguinchor.
- Tableau 18 : Décompte des kits césariennes reçus et utilisés dans le district
sanitaire de Thiadiaye et de Mbour.
- Tableau 19 : Décompte préfinancements reçus et dépenses effectuées par l'hôpital
de Ziguinchor
- Tableau 20 : Décompte préfinancements reçus et dépenses effectuées par l'hôpital
de Tambacounda
- Tableau 21 : Décompte préfinancements reçus et dépenses effectuées par l'hôpital
de Saint-Louis
- Tableau 22 : Décompte préfinancements reçus et dépenses effectuées par l'hôpital
régional de Louga
- Tableau 23 : Décompte préfinancements reçus et dépensés par l'hôpital régional
de Louga et CS de Dahra.
- Tableau 24 : Valeurs soins et valeurs reçues en contrepartie dans dix centres
et un poste de santé de la région de Dakar (plan sésame)
- Tableau 25 : Valeurs soins et valeurs reçues en contrepartie par l'hôpital de Kaolack
et quatre postes de santé du département de Kaolack (plan Sésame)
- Tableau 26 : Valeurs soins et valeurs reçues en contrepartie par l'hôpital de Kolda
et un poste de santé (plan Sésame)
- Tableau 27 : Valeurs soins et valeurs reçues en contrepartie par l'hôpital de
Saint-Louis
- Tableau 28 : Valeurs soins et valeurs reçues en contrepartie par l'hôpital
de Ziguinchor
- Tableau 29 : Valeurs soins et valeurs reçues en contrepartie par l'hôpital de Thiès
- Tableau 30 : Canaux d'information utilisés par initiative
- Tableau 31 : Avis et suggestion des prestataires sur les initiatives de gratuité

RESUME EXECUTIF

La présente étude de l'évaluation des initiatives de subventions concernant la gratuité des accouchements et césariennes, la gratuité des soins aux personnes âgées (carte SESAME) et du Fonds Social, a pour objet d'apporter les correctifs idoines aux dysfonctionnements réels ou éventuels et aux dérives probables ou avérées susceptibles de mettre en danger la pérennité de ces initiatives souhaitées et généralement bien accueillies par les bénéficiaires.

Elle a pour finalité de fournir aux autorités nationales, Bailleurs de fonds (Abt et USAID), responsable de la Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat (les informations nécessaires pour une plus grande rationalisation de ces initiatives, condition de leur maintien en qualité et en quantité à un niveau satisfaisant.

1. Méthodologie

La méthodologie utilisée comporte trois grandes phases qui peuvent être résumées comme suit : validation de la compréhension des termes de référence, collecte des données secondaires et primaires auprès des concepteurs et prestataires ciblés, exploitation des données, rédaction et présentation des livrables.

2. Historique des Initiatives

L'initiative portant sur la gratuité des accouchements et des césariennes a été lancée en décembre 2004, par le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale pour être effective à partir du 1^{er} janvier 2005. Elle concerne, les accouchements dans les centres de santé et les postes de santé, les césariennes dans les centres de santé à SOU (Soins Obstétricaux d'Urgence) et dans les hôpitaux à l'exception de Dakar.

Cette Initiative devrait grâce à une fréquentation plus élevée des formations sanitaires et une augmentation des accouchements assistés, contribuer à réduire, de

manière significative la mortalité maternelle entre 1990 et 2015 avec des repères en 2000 et 2010.

Placée sous la tutelle technique de la Direction de la Santé, cette initiative sur le plan stratégique est gérée par un comité de pilotage et, sur le plan opérationnel par la Division des Soins de Santé Primaires, puis à partir de novembre 2005, par la Division de la Santé de la Reproduction.

Cette initiative a, dans un premier temps, été lancée dans cinq régions présentant un niveau élevé de pauvreté. Le 1^{er} janvier 2005 à Kolda et Ziguinchor. Un mois plus tard, soit le 1^{er} février à Fatick, Matam et Tambacounda.

A partir de 2006, elle a été généralisée uniquement pour la césarienne dans toutes les autres régions (à l'exception de Dakar).

En prévision de son démarrage, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale avait au courant du dernier trimestre 2004, mis en place d'importants moyens notamment le versement à la PNA, une somme de 310 249 000 de francs CFA pour garantir la disponibilité d'un stock de 2000 kits d'accouchements et 437 kits de césariennes, et un préfinancement des hôpitaux de 20 735 000 francs CFA.

L'initiative de prise en charge complète et gratuite des personnes âgées de 60 ans et plus, une vieille doléance de l'association des retraités et la Fédération des personnes du 3^{ème} âge, a été effective le 1^{er} septembre 2006 sur l'étendue du territoire national.

Une subvention de 700 000 000 de francs CFA sur fonds propres de l'Etat a été dégagée à cet effet pour couvrir ce nouveau système de solidarité dénommé « SESAME ».

Le Fonds de solidarité Nationale a été institué par le décret N°2002-828 du 19 août 2002.

Cette structure administrative dénommée « Jappal ma Japp » est placée sous la tutelle du Ministère chargé de la Solidarité Nationale.

Ces principales cibles sont les personnes victimes de calamités, de sinistres ou de catastrophes et, celle vivant dans les zones démunies d'infrastructures à caractère éducatif, économique et social.

Les ressources du FSN peuvent provenir de l'Etat, des collectivités locales, des partenaires au développement.

3. Fonctionnement des initiatives

Les initiatives de gratuité des accouchements et des césariennes et la prise en charge des personnes âgées font intervenir plusieurs acteurs qui ont des missions bien définies.

La DAGE du Ministère de la Santé met en places les subventions destinées à supporter ces initiatives.

Pour le volet accouchements et césariennes, la DAGE a viré depuis 2004, 691 537 francs CFA aux formations hospitalières et 922 284 750 francs CFA à la PNA.

Pour le volet SESAME, l'Etat a viré en 2006, pour le compte des hôpitaux et de la PNA respectivement 580 millions et 120 millions de francs CFA et, en 2007, 595 millions pour les hôpitaux avec une réserve de 105 millions destinés à la PNA et autres formations sanitaires.

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement a pour rôle de fournir les médicaments et produits médico-sanitaires pour l'exécution correcte des initiatives.

Pour le volet accouchements et Césariennes, la PNA a distribué au 30 juin 2007, 549 023 300 francs CFA de produits aux différentes régions.

Pour ce qui concerne le plan SESAME, la PNA a livré 46 092 006 francs CFA de produits aux différents districts au 22 août 2007.

En ce qui concerne le fonctionnement réel des initiatives, les enquêtes de terrain ont permis de relever pour le volet accouchements et césariennes une bonne campagne de sensibilisation avec les émissions radiophoniques dans toutes les régions à l'exception de Tambacounda où les responsables notent un déficit de communication entre acteurs qui a entraîné une compréhension différentes des prestataires et des patients.

Sur le plan des prestations, on a noté une bonne évolution de l'effectif de la césarienne qui est passé de 37 à 42, puis 92 au bout des trois premiers mois dans la région de Kaolack.

Dans la région de Kolda, 737 césariennes ont été effectuées et 4261 accouchements depuis le début de l'initiative.

A l'hôpital de Ziguinchor, on a enregistré 1424 césariennes dont 640 en 2006.

La région médicale de Tambacounda a reçu 813 kits d'accouchement pour un total de 3412 accouchements effectifs soit une couverture de 23,8%. En ce qui concerne la césarienne, l'hôpital a effectué 221 et les districts de Tambacounda et les SOU de Goudiry, Kédougou et Bakel ont exécuté 41 césariennes. L'hôpital de Louga a réalisé 715 césariennes entre 2006 et 2007.

Le plan SESAME a débuté en septembre et a connu un grand engouement dans les régions visitées. La région de Ziguinchor a traité 741 personnes âgées en 2006 et 2007. Sur la même période, les régions Louga et de Tambacounda, ont reçu, 38 348 et 4085 respectivement.

La région de Dakar a, du fait de la présence massive des médias et des combats des associations de retraités, connu une ruée des patients vers la région médicale. C'est dans cette dynamique que les hôpitaux ont enregistré entre octobre et décembre 2006 et le premier semestre 2007 respectivement 1370 et 6567 pour l'hôpital A. Le Dantec, 4760 et 1732 pour l'Hôpital Général de Grand Yoff.

4. Evaluation des initiatives

La disponibilité des kits est bien appréciée par les techniciens rencontrés sur le terrain. Elle a permis de lever les retards liés à l'intervention d'une part et, d'autre part permis d'obtenir des résultats jugés satisfaisants.

Cependant, ils recommandent que la qualité et la composition des kits soient améliorées par la présence de bétadine, de gants de bonne qualité et, de compresses en quantité suffisante.

En ce qui concerne le plan SESAME, on constate que la demande est très forte et s'accroît de façon exponentielle au niveau hospitalier. En dix mois de fonctionnement, les avances déposées d'un montant de 1400 millions sont entièrement consommées.

Cette situation n'est pas compatible avec l'allocation de subventions devant permettre la prise en charge gratuite de certaines catégories de malades.

Un grand effort de rationalisation de la gestion des hôpitaux et des services est un préalable à toute initiative de subvention de gratuité au bénéfice d'une couche quelconque de la population.

La revue de la littérature dans les pays ayant tenté de mettre en place un système de gratuités et de dépenses a permis de relever des difficultés dans les domaines de suivi-évaluation du dispositif, le manque ou l'insuffisance de ressources publiques affectables à la compensation des moins values financières encourues par les prestataires et, le manque de clarté et de précision dans la définition des critères d'éligibilité.

Les principaux facteurs explicatifs du succès des dispositifs de gratuité dans certains pays comme la Thaïlande et l'Indonésie et le Cambodge sont entre autres : la bonne planification stratégique, structurelle et opérationnelle de l'initiative, la mise en place d'un mécanisme de compensations des moyens pour les prestataires, une large

diffusion du niveau de la cible du contenu du dispositif (le paquet gratuit ou exonéré), le ciblage des bénéficiaires sur une base individuelle ou de groupe.

5. Principales recommandations

Concernant les initiatives accouchements et césariennes, il convient à court terme de corriger les nombreux dysfonctionnements constatés et liés entre autres, à un déficit de communication, de moyens de gestion administrative, de formalisation complète des procédures de réapprovisionnement en kits et de remboursement (espèces et médicaments) et une décentralisation des procédures.

A long terme, une réorientation de l'initiative s'impose pour en préserver les acquis et accroître l'impact. Pour le plan SESAME, il convient de préciser que le candidat au Sésame, devra, pour amoindrir le rush observé dans les hôpitaux, utiliser les services de base de son lieu de résidence habituelle, poste ou centre de santé et la référence normale du médecin de district qui ne peut être que l'hôpital régional de sa région, sauf pour les patients suivis dans un centre hospitalier universitaire. Pour amoindrir le poids de la dépense des structures sanitaires, il convient de revoir les procédures de délivrance des lettres de garantie et gérer le processus pour prendre en charge les personnes totalement démunies et qui n'ont aucun autre recours.

En ce qui concerne le FSN, il convient, pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé généralement au cœur des situations sociales difficiles d'envisager une collaboration étroite entre le FSN et le MSPM.

INTRODUCTION

1. Contexte

L'élaboration de la seconde phase de son Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté (DSRP2 2006-2011) a été, pour le Sénégal, l'occasion de marquer une nouvelle fois son attachement à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et de réaffirmer son option pour une stratégie efficace de protection sociale.

Au demeurant, d'importants moyens financiers ont été déployés ces dernières années par l'Etat, principal bailleur de fonds du secteur¹ de la Santé, pour son développement. Dans un contexte de hausses importantes des masses budgétaires, la part allouée à la Santé n'a pourtant cessé de progresser² passant de 5,53% à 9,7% en 2005. Ce ratio devrait être porté à 12% en 2010 et 15% en 2015.

Malgré ces efforts, les indicateurs d'impacts n'ont pas connu la progression souhaitée, notamment ceux ciblés par les OMD dans ce secteur. « Au-delà d'une baisse des différents indicateurs de mortalité infanto juvénile et de mortalité maternelle enregistrée, le gap reste encore énorme relativement à l'atteinte des OMD³. ». Selon les résultats d'enquêtes récentes⁴, le taux de mortalité maternelle serait de 401 décès pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité infanto juvénile de 121/1000 et le taux de mortalité néonatale de 41/1000.

Par ailleurs, la protection sociale des personnes défavorisées ou vulnérables est devenue un enjeu majeur de la politique sociale des Autorités et figure, à ce titre, au nombre des quatre axes stratégiques du DSRP2. Des travaux récents sous l'égide de la Banque Mondiale (BM) ont montré le rôle que joue la protection sociale dans l'accélération de la croissance et, par conséquent, la lutte contre la pauvreté.

¹ 53% du financement de ce secteur est apporté par l'Etat selon le MSPM (voir site du département).

² Il s'agit du ratio <Fonctionnement + Investissement> dans le budget de l'Etat hors dette. Source : DSRP II : Santé et Pauvreté ; Juillet 2006 – MEF- République du Sénégal.

³ Texte des TDR, partie « Contexte ». cf. annexe 1

⁴ Enquête Démographie Santé (EDS) ; 2005 - MEF

Instruit de ces enseignements et sa propre expérience, le Gouvernement du Sénégal, dans le cadre de la recherche de l'atteinte des OMD, a lancé un certain nombre d'initiatives visant à améliorer l'accessibilité des plus démunis à des soins de qualité et mis en place des mécanismes pour palier les effets de l'indigence des populations et de la vulnérabilité de certaines couches aux conséquences des catastrophes ou calamités.

« Ces initiatives concernent entre autres, la gratuité des accouchements et césariennes, la gratuité des soins aux personnes âgées (Carte sésame), l'accès gratuit aux ARV et aux médicaments anti tuberculeux, la subvention des médicaments contre le diabète et ceux contre le cancer, la subvention du traitement de l'insuffisance rénale, des cardiopathies, mais également la prise en charge gratuite des cas de paludisme grave chez les enfants et chez les femmes enceintes, sans oublier le fonds social destiné aux cas sociaux et aux cas de détresse suite à des catastrophes naturelles notamment. »⁵

2. Objet

Après quelques années de mise en œuvre de ces initiatives, il est apparu nécessaire de procéder à une première évaluation formelle qui prendrait les avis de toutes les parties prenantes. Cette évaluation répond à la nécessité d'apporter les correctifs idoines aux dysfonctionnements réels ou éventuels et aux dérives probables ou avérées susceptibles de mettre en danger la pérennité de ces initiatives souhaitées et généralement bien accueillies par les bénéficiaires.

La présente prestation s'inscrit dans ce cadre. Elle concerne pour le moment :

- la gratuité des accouchements et des césariennes, le plan « SESAME » et le Fonds de Solidarité ;
- la conception, les mécanismes opératoires de ces initiatives, les résultats atteints et les incidences sur l'équilibre financier des structures de santé appelées à prêter ces services.

⁵ Extrait des termes de référence de la consultation.

Les conclusions et recommandations issues de cette évaluation contribueront à la réflexion en cours au sein du MSPM sur une politique rationnelle et réaliste de subvention. Plus précisément, elles permettront de mettre en exergue les problèmes majeurs rencontrés, leurs causes et les solutions immédiates qu'il convient de leur apporter. Enfin, elles serviront également de « leçons à tirer » d'ici et d'ailleurs⁶ avant le lancement d'autres initiatives du genre que l'on voudrait plus efficaces, mieux appropriées et pertinentes au regard des moyens de ceux qui les soutiennent financièrement. Cette évaluation, dans son ensemble, devrait largement contribuer à crédibiliser les initiatives de gratuité en cours et à montrer les conditions de pertinence et de pérennité des autres projets conçus dans ce sens. La présente évaluation participe d'un effort pour une plus grande rationalisation de ces initiatives, condition de leur maintien en qualité et en quantité à un niveau satisfaisant.

En définitive, cette étude, sur la politique de subvention qui sous tend ces initiatives, alimentera la réflexion que le Ministère de la Santé mène actuellement sur l'assurance maladie afin de trouver une solution appropriée à la question de l'accès aux soins.

L'autonomie des hôpitaux et la décentralisation, ainsi que les nouvelles méthodes d'allocations des ressources financières publiques font obligation, aujourd'hui, d'imaginer une règle universelle de prise en charge des sénégalais en cas de maladie.

La Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) qui mène cette réflexion et qui, avec Abt et l'USAID, a commandité cette prospection, aura certainement à cœur d'inciter la Direction de la Santé et le Ministère à redéfinir les politiques de subventions initiées par l'Etat, afin d'assurer le passage vers l'assurance maladie au profit de tous les sénégalais.

⁶ La présente étude rapportera les enseignements tirés des expériences africaines et asiatiques sur la gratuité et les exemptions en matière de prise en charge des dépenses de santé.

3. Méthodologie

La méthodologie⁷ adoptée par le Consultant peut être résumée comme suit :

- Validation de la compréhension des TDR⁸
- Collecte des données secondaires et primaires
 - Revue documentaire sur les initiatives au Sénégal
 - Revue documentaire sur les initiatives dans d'autres pays
 - Rencontres, entrevues, enquêtes auprès des concepteurs et prestataires ciblés⁹.
- Exploitation des données
- Rédaction et présentations des livrables

Cette approche a été partagée avec le Comité de pilotage de l'étude¹⁰ et a pu être mise en œuvre grâce à une assez bonne publicité de la mission¹¹.

4. Déroulement

La prestation s'est déroulée selon un schéma différent de ce qui avait été prévu dans les termes de référence¹². Il s'est avéré indispensable, de l'avis des Consultants, de contacter les structures de santé, intervenant comme « opérateurs » dans le cadre de ces initiatives, pour avoir des informations de première main sur leur point de vue et collecter la documentation sur les données quantitatives pertinentes. Cela devait donc nécessiter un déplacement de l'équipe de Consultants sur le terrain, une étape qui n'avait pas été initialement prévue, mais qui sera finalement intégrée.

⁷ Cette méthodologie a été développée plus exhaustivement dans le Rapport d'orientation méthodologique (ROM).

⁸ Le compte-rendu de la réunion tenue à Saly sur ce sujet fait l'objet de l'annexe 2

⁹ La liste des structures de Santé qui ont été visitées fait l'objet de l'annexe 5

¹⁰ Réunion du 02 juillet dans les locaux de Abt. à Dakar

¹¹ La lettre d'introduction des Consultants fait l'objet de l'annexe 3

¹² Voir extrait du ROM sur le déroulement qui fait l'objet de l'annexe 4

La chronologie de cette étude a finalement connu trois grandes phases :

➤ **Phase 1 : Préparation :**

- Publicité de la mission
- Accord sur le déroulement
- Collecte des données secondaires
- Dépôt du ROM
- Organisation et programme des enquêtes de terrain

➤ **Phase 2 : Collecte des données :**

- Poursuite de la collecte secondaire : données locales et sur les expériences d'autres pays
- Collecte des données primaires
- Synthèse des données

➤ **Phase 3 : Rédaction et approbation des livrables :**

- Rapport provisoire
- Rapport final

Démarrée officiellement en juillet avec la publication de la lettre d'accréditation des Consultants, la prestation aura duré quarante cinq jours calendaires dont une vingtaine consacrée à la préparation et à l'administration des enquêtes de terrain.

5. Plan du rapport de l'étude

Le rapport de l'étude est articulé autour de quatre grandes parties : La première est consacrée à la revue du cadre institutionnel des initiatives ciblées et du Fonds de Solidarité nationale. La seconde porte sur le fonctionnement effectif des initiatives concernant les accouchements, les césariennes et le plan SESAME. La troisième partie est consacrée à l'évaluation des points forts et des points faibles de ces initiatives. La quatrième partie traite des expériences de gratuité dans d'autres pays. Enfin, la cinquième partie réunit les principales conclusions et recommandations des Consultants et propose un plan d'actions pour corriger les dysfonctionnements et assurer leur pérennité.

PARTIE I

PRESENTATION DES INITIATIVES

Cette partie a pour objet de décrire le contexte, le cadre institutionnel et dispositif opérationnel et fonctionnel de ces initiatives tel qu'il a été conçu.

- ✓ **CHAPITRE 1 : LA GRATUITE DES ACCOUCHEMENTS ET DES CESARIENNES**
 - ✓
 - ✓ **CHAPITRE 2 : LA PRISE EN CHARGE GRATUITE DES PERSONNES AGEES DE 60 ANS ET PLUS (PLAN SESAME)**
 - ✓ **CHAPITRE 3 : LE FONDS DE SOLIDARITE NATIONALE**
-

CHAPITRE 1 :

LA GRATUITE DES ACCOUCHEMENTS

ET DES CESARIENNES

1.1. HISTORIQUE

L'initiative portant sur la gratuité des accouchements et des césariennes dans certaines régions du Sénégal a été lancée officiellement en décembre 2004, par le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale¹³ pour être effective à partir du 1^{er} janvier 2005.

Cette initiative concerne pour les régions ciblées¹⁴ :

- Les accouchements dans les Centre de Santé (CS) ;
- Les accouchements dans les Postes de Santé (PS) ;
- Les césariennes dans les CS à SOU (soins obstétricaux d'urgence) ;
- Les césariennes dans les hôpitaux (EPS : Etablissements Publics de Santé).

En complément d'autres mesures¹⁵, une telle initiative devrait contribuer à réduire la mortalité maternelle de manière significative entre 1990 et 2015 avec des repères en 2000 et 2010, grâce à une fréquentation plus élevée des formations sanitaires et une augmentation des accouchements assistés.

Il s'agit là d'une initiative qui découle de la stratégie de développement sanitaire contenue dans le PNDS¹⁶. Elle s'inscrit également dans la poursuite de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement auxquels le Sénégal a souscrit et participe également de la stratégie de lutte contre la pauvreté.

¹³ Voir arrêté, note officielle ou circulaire du MSPM à ce propos.

¹⁴ Aujourd'hui, toutes les régions du Sénégal en bénéficient à la seule exception de Dakar.

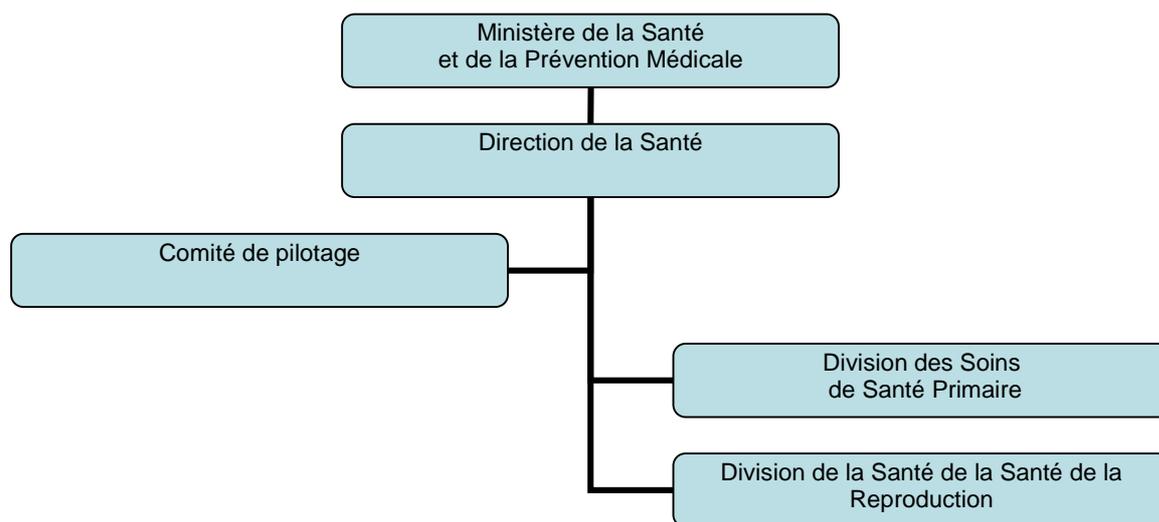
¹⁵ La création et l'équipement d'infrastructures de santé dans les régions les plus démunies ainsi que leur dotation en personnel technique suffisant.

¹⁶ Plan National de Développement Sanitaire du Sénégal (1 998-2 007).

En effet, la baisse de la mortalité infantile tout comme la réduction de la mortalité maternelle figurent au nombre des huit OMD ciblés¹⁷. De même, le DSRP I en avait fait les priorités de l'axe stratégique consacré à la promotion de l'accès aux services¹⁸ sociaux de base et à la protection de groupes vulnérables.

Faisant suite à la volonté exprimée du Chef de l'Etat au début de son septennat¹⁹ de rendre les services de santé accessibles à tous les sénégalais, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale a décidé de lancer l'initiative de la gratuité des A/C. Celle-ci a été rendue effective de manière progressive. La démarche adoptée par le MSPM peut être déclinée en trois phases essentielles à partir de l'année 2004. Placée sous la tutelle technique de la Direction de la Santé, cette initiative sur le plan stratégique est gérée par un comité de pilotage et, sur le plan opérationnel par la Division des Soins de Santé Primaires (DSSP) dans un premier temps, puis à partir de novembre 2005, par la Division de la Santé de la Santé de la Reproduction (DSR).

Le schéma d'organisation institutionnel sur lequel repose cette initiative peut être représenté comme suit :



¹⁷ Cible 5 « Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans » ; Cible 6. « Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle ».

¹⁸ Axe n° 2 du DSRP : 4.2. Renforcement des capacités et promotion des services sociaux de base/4.2.1. Capital humain et Renforcement de capacités/4.2.1.2. Santé : §148 à 152. ; page 31 DSRP I (2003 – 2005).

¹⁹ Voir discours de Monsieur le Président de la République à l'occasion de l'inauguration du CHR de Kolda le 03 mai 2002.

La première étape de la mise en œuvre de l'initiative avait pour but de concevoir, définir et convenir des différents aspects techniques, opérationnels et financiers. Elle a été le fait du comité²⁰ de pilotage mis en place selon les dispositions d'un arrêté du MSP en juillet 2004. Les missions²¹ essentielles assignées à ce comité étaient les suivantes²² :

- Evaluer les besoins en kits d'accouchements et de césariennes à la lumière des statistiques sanitaires des six premiers mois de l'année 2004 ;
- Evaluer les coûts correspondant aux besoins ainsi définis ;
- Etudier avec les autorités du département les aspects de financement ;
- Etudier avec les responsables de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement les conditions de mise à disposition des kits ;
- Elaborer un plan de communication ;
- Proposer des outils de gestion dont un guide des procédures ;
- Mettre à niveau les acteurs régionaux.

Les travaux du comité se sont principalement déroulés durant le second semestre de 2004. Ils ont permis de prévoir les modalités de mise au point et de test de l'initiative avant sa généralisation dans les meilleures conditions.

De juillet à décembre 2004, le comité de pilotage a tenu une série d'activités et de rencontres sur divers thèmes liés à cette initiative²³ : élaboration du document de projet, étude des données de référence, préparatifs techniques et financiers du démarrage de l'initiative, plan de communication, etc.

L'initiative vise une meilleure qualité et accessibilité de l'offre de service. Elle repose sur la dotation des structures sanitaires concernées en kits d'accouchements et de

²⁰ Le comité de pilotage présidé par le Directeur de la Santé, comprend des représentants du Cabinet, de la DSSP, de la DSR, de la CAS/PNDS, du SNIS, du SNEIPS et de la PANA.

²¹ Ces missions sont rappelées dans le rapport « Etat de la mise en œuvre de l'initiative de la gratuité des accouchements et Césariennes », MSPM/DS/DSSP

²² Cette énumération est largement empruntée de ce rapport.

²³ Cette partie de l'étude est basée sur la chronologie rétrospective faite par la DSSP/MSPM en janvier 2006 et présentée par Mme. Ndoye Khar Camara.

césariennes pour les Postes et Centres de Santé d'une part et, d'autre part, en ressources financières pré positionnées pour les EPS.

En prévision du début de la gratuité des accouchements et césariennes dans les Postes et Centres de Santé et les EPS (césariennes uniquement) des régions ciblées, le MSPM a pris, dans le courant du dernier trimestre 2004, d'importantes mesures :

- Versement²⁴ à la PNA de la somme de 310,249 millions de FCFA qui a permis de garantir la disponibilité d'un stock de 2000 kits d'accouchement et 437 kits de césariennes.
- Préfinancement²⁵ des EPS à hauteur de 20,735 millions de FCFA.

La seconde étape a été consacrée au lancement de cette initiative dans cinq régions choisies pour leur niveau élevé de prévalence de la pauvreté. Le 1^{er} janvier 2005 l'initiative démarrait à Kolda et Ziguinchor et, un mois après, soit le 1^{er} février, à Fatick, Matam et Tambacounda.

Par une circulaire²⁶ « relative aux procédures de gestion de l'initiative, ... », le MSPM informait les autorités des cinq régions médicales concernées des dispositions arrêtées pour une bonne gestion administrative et un bon suivi.

Après l'entrée en vigueur de l'initiative, la DSSP chargée de sa gestion opérationnelle, rendra compte régulièrement de l'état de la disponibilité des kits. Un premier rapport sur l'état de mise en œuvre de l'initiative sera présenté par la DSSP au Comité Interne de Suivi du PDIS le 19 juillet 2005. Cette rencontre sera suivie de la réunion du Comité de pilotage. Des difficultés sont signalées : rupture dans l'approvisionnement en kits, manque de budget pour la communication et pour la supervision

²⁴ Arrêté n°010471 010111/MSPM/DAGE du 12/11/04.

²⁵ Arrêté n°010471/MSPM/DAGE du 26/11/04.

²⁶ Cette circulaire fait l'objet de l'annexe : ... Elle n'est malheureusement pas référencée mais on peut la dater de juillet 2005, d'après la chronologie de cette initiative faite par DSSP/DS/MSPM. Document cité supra.

A compter de novembre, intervient un changement dans la gestion opérationnelle de cette initiative, la DSSP en est déchargée au profit de la DSR.

La troisième étape porte sur la généralisation de l'initiative à partir de 2006. Toutes les structures des autres régions (à l'exception de Dakar) sont concernées : Thiès, Kaolack, Saint-Louis, Diourbel, Louga, mais uniquement pour les césariennes.

1.2. ORGANISATION FONCTIONNELLE

Le dispositif fonctionnel de l'initiative est ainsi organisé.

- **Définition des zones concernées.** Par rapport au découpage administratif et technique du pays, toutes les régions administratives et médicales sont aujourd'hui concernées par l'initiative à l'exception de Dakar : dans les régions pilotes, il s'agit de la gratuité des accouchements et césariennes, alors que dans les autres régions, seule la césarienne est prise en compte dans les centres de santé SOU et les EPS hospitaliers.

- **Identification des prestations par types prestataires :** les prestations ciblées par l'initiative sont fournies par les structures publiques de Santé que sont : les Etablissements publics de Santé, les Postes de Santé, les Centres de Santé

- **Evaluation des besoins :** DS/DSSP/DSR

- **Budget annuel de l'Etat :** DAGE/MSPM-MEF (Direction du Budget)

- **Mise en place des instruments et moyens par le MSPM**
 - *Cas des PS – CS – CS/SOU*
 - Commande à la PNA
 - Livraison aux Prestataires (via PRA ou District)
 - Intervention des Prestataires
 - *Cas des EPS*
 - Préfinancement par Trésor (virement DAGE MSPM)
 - Prestations
 - Justification par le prestataire

Ce Dispositif devait être accompagné de mécanismes de communication, de supervision et d'évaluation. Ces mesures d'accompagnement n'ont pas été effectives faute de ressources financières.

En ce qui concerne les procédures de gestion de l'initiative, elles sont indiquées et portées à la connaissance de toutes les parties prenantes par les dispositions contenues dans la circulaire ministérielle. Les principales étapes de cette procédure sont les suivantes :

- Collecte des données
- Identification des clientes
- Prestation de qualité
- Gestion des médicaments et des produits
- Sensibilisation
- Suivi et contrôle
- Rapports, comptes-rendus
- Evaluation

Cette circulaire annonçait également le démarrage de l'initiative dans les cinq régions ciblées dans la première phase.

CHAPITRE 2 :

LA PRISE EN CHARGE GRATUITE DES PERSONNES AGEES DE 60 ANS ET PLUS (PLAN SESAME)

2.1. HISTORIQUE

La prise en charge complète et gratuite des personnes âgées²⁷ a souvent été citée comme un point faible du système sénégalais de santé. En 1983 déjà, les Associations de retraités et la Fédération des personnes du 3^{ième} âge en faisaient l'une de leurs premières doléances.

En 2001, la Nouvelle Constitution²⁸ fera obligation à l'Etat central et aux collectivités locales de « veiller à la santé physique et morale de la famille et en particulier des personnes handicapées et des **personnes âgées** ».

Ces préoccupations seront traduites dans les faits au terme du Conseil Interministériel sur « *la politique sociale et la problématique du vieillissement au Sénégal* » tenu le 13 novembre 2001. L'une des recommandations qui en sont issues portait sur « la création d'une carte prioritaire appelée **carte SESAME** destinée à faciliter l'accès des personnes âgées aux services ²⁹».

Le Ministre de la Santé et de la Prévention Médicale mettait en place³⁰ au début de l'année 2004, un comité technique interministériel chargé de l'élaboration de la carte « SESAME ».

Les travaux de ce comité aboutiront, en août de la même année, à des recommandations pour l'établissement de la carte SESAME et à la rédaction de projets de textes réglementaires pour accompagner la mise en place du dispositif proposé.

²⁷ Selon l'OMS, il s'agit des sujets de 65 ans et plus.

²⁸ Constitution du Sénégal adoptée le 07/01/01 ; Mariage et Famille – Article 17.

²⁹ Lettre n° 7326/MSP/DS du 03/12/2003 du MSP adressée au Président de la Fédération associations de retraités et personnes âgées du Sénégal.

³⁰ Par note de service n° 876/MSP/DS du 17 février 2004 confirmée par l'arrêté 003432/MSP/DS du 24 mars 2004.

Dans la note de synthèse³¹ de ses travaux, le comité donne les indications suivantes :

- L'utilité de la carte sésame est de faciliter l'accès aux soins des personnes âgées en leur offrant un paquet minimum de services.
- L'âge minimal d'acquisition de la carte sésame est de 65 ans conformément à la définition de la personne âgée retenue par l'OMS.
- Le comité reste ouvert à toute proposition concernant la tranche d'âge de 55 à moins 65 ans.
- Projet de décret instituant la carte « SESAME ».
- Projet d'arrêté portant création au sein du MSP d'une Cellule de Gestion et de Suivi de la carte « SESAME ».

Ces propositions sont restées théoriques et ne semblent pas avoir fait l'objet d'application pratique au moment du passage de la présente étude.

A la faveur de son traditionnel message à la Nation à la veille de la célébration de la fête nationale de l'Indépendance, le Président Abdoulaye WADE, faisait le 03 avril 2006, l'annonce de la mise en œuvre prochaine d'un plan SESAME. La mesure était annoncée en ces termes³² : «

«Comme vous le savez, j'ai décidé d'accorder les médicaments gratuits aux personnes âgées. Cet acte traduit l'idéal de solidarité intergénérationnelle si caractéristique de notre peuple.

En effet, chez nous, chacun nourrit le rêve secret de vivre avec ses parents et de prendre soin d'eux. Mais lorsque, par la force des choses, ce rêve ne peut être réalisé, il est juste que la Nation s'en charge.

C'est pourquoi, j'ai instruit le Ministre de la Santé et de la Prévention Médicale de concevoir, avec des partenaires comme l'Institut de Prévoyance Retraite, du Sénégal (IPRES), le Fonds National de Retraite, la Faculté de Médecine de Dakar et les collectivités locales, un plan de couverture médicale permettant aux personnes âgées de bénéficier de soins gratuits dans des hôpitaux, centres et postes de santé sélectionnés sur l'ensemble du territoire national.

Une subvention de 700 millions de franc CFA sur fonds propres de l'Etat sera dégagée à cet effet pour couvrir ce nouveau système de solidarité dénommé «SESAME».

³¹ Note de synthèse des travaux du comité technique chargé de l'élaboration de la carte prioritaire « SESAME » en faveur des personnes âgées ; n° 906/MSP/DS du 09 août 2004.

³² Message à la nation à l'occasion de la célébration du 46-ème anniversaire de l'Indépendance - 04 avril 2006 ; Prononcé par le Chef de l'Etat, M° Abdoulaye WADE le 03-04-2006

La mise en œuvre de cette déclaration présidentielle va être diligentée par le MSPM à travers le Bureau de la Santé des Personnes Agées, dépendant de la Direction de la Santé. Un document réalisé sous l'égide de ce Bureau et intitulé « Projet de mise en œuvre du système de solidarité « SESAME » en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus au Sénégal » servira de base d'implémentation.

Les conditions de la prise en charge y sont clairement définies³³ :

« Il s'agit de permettre à ces personnes âgées de 60 ans et plus d'avoir accès gratuitement aux prestations médicales. Il s'agira d'un partenariat ciblé avec les hôpitaux, centres et postes de santé sur l'ensemble du territoire et qui seront subventionnés.

Il permettra la subvention d'une liste de médicaments essentiels spécifiques aux personnes âgées (les retraités du FNR seront concernés).

Ce plan reposera sur un état civil fiable grâce à la nouvelle Carte d'Identité Numérisée. Il partira de la signature de son décret ».

Par note circulaire n° 6436/MSP/CT/SUIVI, le Ministre de la Santé et de la Prévention Médicale instruira toutes les structures et Directions nationales sous sa tutelle du démarrage de l'initiative à partir du 1^{er} septembre 2006 sur toute l'étendue du territoire.

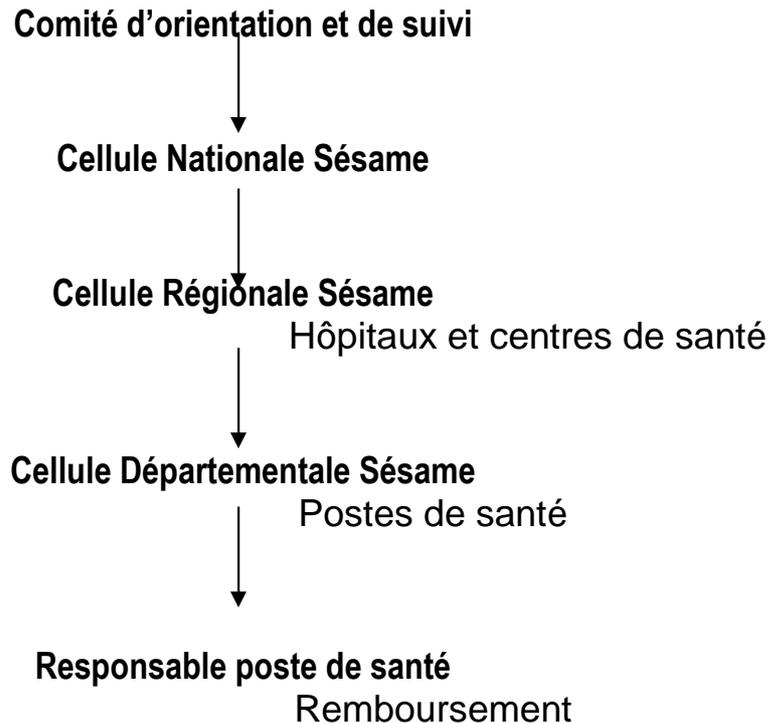
La lettre circulaire n° 5633.MSPM/IAAF/SP du 02 août adressée à tous les Gouverneurs de Région viendra leur demander de tenir à partir du 07 août 2006, des CRD spécialement dédiés à cette initiative. Ces CRD devaient porter sur les objectifs et procédures du plan SESAME et être animés par les Médecins-chefs de région.

Enfin, à la veille du démarrage officiel du Plan « SESAME », une note circulaire du MSP sera adressée à tous les MCR leur enjoignant de procéder à la duplication des supports de procédures au profit des structures opérationnelles de leur compétence.

³³ Voir document du Bureau de la Santé des personnes âgées, cité infra.

2.2. ORGANISATION FONCTIONNELLE

Le dispositif fonctionnel conçu pour la mise en œuvre du « SESAME » peut être schématisé comme suit :



Les missions, composition de chacune des structures impliquées dans ce dispositif, de même que les procédures de prise en charge selon les niveaux (Postes, Centres, Hôpitaux) sont décrites dans le même document de référence.

Sur un plan opérationnel, le dispositif du Plan SESAME est théoriquement basé sur les dispositions contenues dans une note de procédure³⁴ éditée par le Bureau chargé du Conseil technique /suivi du MSPM.

³⁴ Conditions et procédures de mise en œuvre du plan de solidarité « SESAME » ; MSP/CAB/CT/SUIVI.

Ce document dispose :

- des conditions de prise en charge,
- de la procédure de prise en charge,
- de la procédure de remboursement,
- des supports spécifiques à chaque étape, de la prise en charge au remboursement.

L'ensemble de cette documentation devrait être disponible auprès de toutes les parties prenantes, notamment les structures opérationnelles.

CHAPITRE 3 :

LE FONDS DE SOLIDARITE NATIONALE

3.1. HISTORIQUE

Le Fonds de Solidarité Nationale a été institué par le décret n°2002-828 du 19 août 2002. Il s'agit d'une structure administrative autonome encore dénommée « Jappal Ma Japp » placée sous la tutelle hiérarchique du Ministre chargé de la Solidarité Nationale.

Ses missions sont de deux types :

- une intervention immédiate et appropriée aux situations de crise et d'urgence ;
- une intervention visant les causes de la précarité et de la vulnérabilité :
 - Création et accroissement de revenus ;
 - Création, réhabilitation **d'équipements sociaux de base** ;
 - Services spécifiques pour les personnes vulnérables ;
 - Assistance individuelle ;
 - **Accès aux soins**, à la justice et au logement ;
 - Faciliter l'insertion sociale par l'octroi de prêts ou de subventions.

Les cibles du FSN sont :

- Les victimes des calamités, de sinistres ou de catastrophes.
- Les personnes vivant dans les zones démunies d'infrastructures à caractère éducatif, économique et social.

Par rapport au domaine de la Santé, le FSN est donc habilité à intervenir en termes d'assistance aux populations défavorisées ou vulnérables, mais également en favorisant l'accessibilité aux services de santé avec les infrastructures de santé construites. Les ressources du FSN peuvent provenir de l'Etat, des Collectivités locales, des partenaires au développement.

Depuis sa création, les ressources du FSN ont évolué comme suit en millions de FCFA courants :

**Tableau 1 : Evolution des ressources financières du FSN entre 2003 et 2007
(en millions FCFA constants)**

2003	2004	2005	2006	2007
1 000	300	650	500	500

Source : Budget général de l'Etat/MEF 2007

Sur les cinq ans, un montant de près de 3 milliards a été mobilisé auxquels s'ajoutent 300 millions au terme de la tenue d'une journée nationale de solidarité en 2005.

A part la contribution budgétaire de l'Etat central, le FSN ne dispose pratiquement pas d'autres ressources régulières.

Le FSN s'est fixé trois axes majeurs d'intervention :

1. **le développement durable** : création d'un compte technique et élaboration de maquettes d'infrastructure ; recensement des besoins ; plan de promotion
2. La gestion de l'urgence et des groupes vulnérables
3. La création d'activités génératrices de revenus.

3.2. ORGANISATION FONCTIONNELLE

Le dispositif de fonctionnement du FSN est articulé autour des trois entités :

- Le Ministère chargé de la Solidarité Nationale, ancrage institutionnel du FSN ;
- Le Conseil d'Orientation du FSN ;
- La Direction Générale du FSN.

Le Ministre de tutelle assure également la présidence du Conseil d'orientation.

Tel que stipulé dans le décret instituant le FSN, le Conseil d'Orientation statue sur toutes les questions relatives à l'orientation des interventions, sur les ressources financières, les conditions d'éligibilité, au FSN, la planification et l'évaluation des interventions annuelles et ponctuelles et les modalités d'intervention d'urgence.

Divers acteurs institutionnels nommés par arrêté du Premier Ministre, sont représentés dans ce Conseil d'Orientation : les différents départements ministériels, les Collectivités Locales (régions, communes, communautés rurales) et le Commissariat à la Sécurité Alimentaire.

Le Ministère chargé de la Santé, le MSPM en l'occurrence, est membre du Conseil d'Orientation du FSN.

La Direction Générale du FSN est chargée de sa gestion courante et opérationnelle.

Les interventions programmées du FSN répondent au ciblage géographique basé sur une cartographie des zones de précarité. Ces zones appelées « **villages de solidarité** » sont des localités rurales ou périurbaines dépourvues d'équipements et d'infrastructures socio-économiques.

Les modalités de fonctionnement et d'administration du Fonds sont contenues dans le manuel de procédures, comme le prévoit l'article 9 du décret 2002-828.

Les secteurs d'intervention et la nature des opérations éligibles y sont bien spécifiés. Dans le domaine de la « Santé et Hygiène », les infrastructures pouvant être financées portent sur la construction et l'équipement de postes de santé et de salles pour les matrones.

Deux des trois axes d'intervention du FSN font l'objet de procédures détaillées : les équipements sociaux de base (en référence au développement durable) et les activités génératrices de revenus. L'axe dédié à la gestion de l'urgence et des groupes vulnérables n'est nulle part concerné dans le manuel de procédures.

PARTIE II

FONCTIONNEMENT REEL DES INITIATIVES

A travers les rencontres avec les décideurs et les missions effectuées auprès de certains prestataires, les Consultants exposent le fonctionnement observé de ces initiatives.

Les résultats sont présentés comme suit :

- ✓ **CHAPITRE 1 : DISPOSITIF A L'INTERIEUR DES ETABLISSEMENTS ET FORMATIONS**
- ✓ **CHAPITRE 2 : LE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF ENTRE LES PRESTATAIRES ET LE NIVEAU CENTRAL.**

CHAPITRE 1 :

DISPOSITIF A L'INTERIEUR DES ETABLISSEMENTS ET FORMATIONS

Les initiatives de gratuité des accouchements et des césariennes et de la prise en charge médicale des personnes âgées font intervenir plusieurs acteurs dont les plus importants sont :

- la Direction de l'Administration Générale et de l'Equipeement du Ministère de la Santé qui met en place les ressources financières,
- la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement qui assure la disponibilité des kits d'accouchement et de césariennes et plus généralement les médicaments destinés aux formations sanitaires,
- les collectivités locales, responsables des formations sanitaires de base dont la gestion leur a été confiée, au niveau des postes et centres de santé, dans le cadre des comités de gestion,
- les prestataires de service que sont les postes, centres de santé et les hôpitaux,
- les bénéficiaires que sont les femmes en état de procréer et les personnes âgées de 60 ans et plus. La présente étude ne concerne pas les bénéficiaires qui feront l'objet d'une investigation spéciale, ultérieurement.

➤ **La DAGE :Direction de l'administration générale et de l'équipement :**

Le Ministère de la Santé prévoit, dans son budget, au niveau des transferts, les subventions destinées à supporter ses initiatives tendant à assister les ménages et les personnes âgées.

C'est ainsi que depuis 2004, pour les accouchements et césariennes, et 2006, pour le plan SESAME, les prévisions de dépenses suivantes ont été faites ou exécutées :

- pour le volet accouchement et césariennes, la DAGE a viré depuis 2004 :
 - aux formations hospitalières, 691.537.250 ;
 - à la PNA, 922.284.750.

Au moment de la préparation de l'initiative, en fin 2004, la DAGE avait procédé au virement dans les comptes des hôpitaux de Matam, Ziguinchor et Tambacounda d'une somme de 20 735 000 F CFA et pour l'achat de kits d'accouchement et de césariennes, de 310 249 000 F CFA dans les comptes de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement.

Les différents virements opérés entre octobre et novembre 2005, octobre et novembre 2006, et en 2007 ne sont pas clairement repérés dans les comptes des structures concernées.

- pour le volet plan SESAME, l'Etat a viré:
 - en 2006, dans les hôpitaux 580.000.000 et 120.000.000 à la PNA ;
 - et en 2007, 595.000.000 dans les comptes des hôpitaux, avec une réserve de 105 millions destinés à la PNA et à d'autres formations sanitaires à identifier.

Les virements du plan SESAME ont tous été repérés dans les comptes des prestataires visités.

Dans le système de suivi évaluation du projet, il devait y avoir un suivi et un recollement réguliers des comptes, entre les virements supposés de la DAGE et les montants reçus effectivement dans les comptes.

➤ **La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement :PNA**

L'initiative accouchement et césariennes gratuits a été bâtie sur la fourniture des médicaments et matériels et fournitures nécessaires à la prise en charge technique de l'accouchement et de la césarienne. Aussi, la condition essentielle de démarrage du projet a été de savoir si la PNA était capable d'assurer la fourniture de ces médicaments et matériels constitués en kits. Ces kits devaient, avant le début des opérations, être placés au niveau des régions médicales pour être disponibles dans les lieux d'accouchement. C'est ainsi qu'en fin 2004, l'Etat a mis à la PNA une avance de 310 249 000 F CFA destinée à supporter les coûts des kits à fournir aux structures sanitaires intéressées par l'initiative gratuité des accouchements et césariennes.

A l'époque, la PNA possédait des kits commandés en 2003 par l'USAID mais ils ne convenaient pas aux usagers de l'initiative qui les ont très vite condamnés. Mais, en plus du fait qu'ils n'étaient pas trop conformes aux besoins, ils étaient insuffisants en nombre. Ainsi, il y eut au départ, une rupture de stock qui a inquiété la Direction de la Santé qui a même pensé à s'approvisionner par d'autres canaux. Certains hôpitaux qui désiraient s'approvisionner en kit ont dû y renoncer car mécontents de la situation.

En 2005, la PNA a donc tenu plusieurs réunions avec la DSR pour tenir compte de ses besoins dans l'appel d'offres pour la période 2005-2007.

La valeur des kits d'accouchement estimé au début du projet à 5 500 F CFA étaient proposés dans l'avant projet à 9 000 F CFA, mais petit à petit, au cours de la préparation, les kits étaient évalués à 3 500 F CFA, avec différentes variantes concernant l'épisiotomie ou l'urgence. Les kits de césariennes étaient estimés à 55 000 F CFA par les prestataires alors que la valeur des produits au niveau de la PNA était de 23 200 F CFA avec des variantes Anesthésie générale ou anesthésie loco régionale. Des discussions avec la DSR avaient conduit à envisager une compensation pour les prestataires du différentiel ; mais pour ce faire, la PNA exigeait des structures une évaluation plus précise des coûts réels des services

fournis. En tout état de cause, aucune directive n'a été donnée à la PNA pour fournir aux formations sanitaires des kits et produits à hauteur des valeurs estimées de 5 500 à 55 000 F CFA. Et dans la conception de l'initiative, il n'y a aucune description des services fournis dans le cadre de l'acte d'accouchement ou l'acte césarien, contrairement à ce qui se fait à Guédiawaye ou en Mauritanie où se pratique le forfait.

Dans le cadre du plan SESAME, la PNA a reçu 120 millions pour la première année 2006 et pour 2007, il y a encore 105 millions non affectés, dont une partie pourrait lui revenir et ces sommes sont destinées à supporter le coût des médicaments fournis aux formations sanitaires de base en remboursement de leurs prestations au profit des personnes âgées.

En ce qui concerne les accouchements et césariennes, les distributions se font sur la base de note d'attribution signée par le Directeur de la santé, annuellement pour 2007 et trimestriellement ou semestriellement pour les années 2005 et 2006.

Pour les fonds versés par la DAGE et destinés à l'approvisionnement en kits, le virement de 2004 de 310 249 000 F CFA est bien positionné dans les comptes de la PNA, mais pour ceux de 2005, 2006 et 2007, il n'y a aucune certitude et la PNA semble encore attendre les sommes supposées lui être virées (environ 610 millions). Il serait intéressant de savoir exactement ce que la DAGE a en réalité viré dans les comptes des hôpitaux et de la PNA depuis 2004 au titre des initiatives de gratuité, surtout celle relative aux accouchements et césariennes.

La PNA prépare actuellement son appel d'offres pour les deux années à venir (2007-2009) et la DSR aurait intérêt à lui présenter ses besoins réels, surtout par rapport aux critiques des prestataires sur la qualité des gants ou l'absence de certains produits des kits.

La PNA qui avait commandé, pour 2006 et 2007, 22 milliards de produits se plaint du fait que les besoins des hôpitaux étaient compris dans ses commandes, alors que ceux-ci (sauf Tambacounda) préfèrent s'approvisionner ailleurs. Elle aurait souhaité, pour le stock existant, que le Ministre puisse exiger des hôpitaux l'approvisionnement

en médicaments et kits d'accouchements et de césarienne à la PNA ou alors scinder les avances aux hôpitaux en deux parties, une en nature par la PNA et l'autre en espèces par virement de la DAGE dans leurs comptes.

La PNA n'éprouve aujourd'hui aucune difficulté pour satisfaire la demande, ni dans la nature des produits, ni dans le système de distribution.

Pour ce qui concerne les accouchements et césariennes, les bons de livraison de la division de la santé de la reproduction envoyés à la PNA sont exécutés au profit des régions, soit à partir de Dakar, soit à partir des PRA. Au 30 juin 2007, la PNA avait distribué 549 023 300 F CFA de produits aux différentes régions au titre de cette initiative. A cette date, les virements annoncés par la DAGE pour 2005,2006 et 2007 n'étaient pas parvenus dans ses comptes.

Pour ce qui concerne le plan SESAME, les bons de livraison de la Direction de la Santé, bureau des personnes du 3^{ème} âge ne sont parvenus qu'en début 2007, même si l'initiative a débuté en septembre 2006.

Au 22 août 2007, la PNA a livré 46 092 006 F CFA de produits aux différents districts participant au plan SESAME, à déduire des 120 millions pré financés pour cette initiative.

On peut donc dire aujourd'hui que la PNA est apte à jouer son rôle de fournisseurs de médicaments et de produits médico sanitaires pour une exécution correcte des initiatives de gratuité conçues par le Ministère de la Santé au profit des femmes en couche et des personnes âgées de 60 ans et plus.

➤ **Les collectivités locales**

A dire vrai, rien dans les documents rencontrés ne permet de dire que les collectivités locales ont été réellement associées aux décisions de l'Etat d'accorder ces initiatives de gratuité.

Or, s'il faut le rappeler, les collectivités ont reçu en transfert de l'Etat des compétences dans des domaines dont la SANTE.

Dans les régions, au niveau des hôpitaux, c'est le Président du conseil régional qui est le président du conseil d'administration de l'hôpital et normalement, avant le début des initiatives, des conventions auraient dû être signées avec ces structures qui possèdent l'autonomie financière et la personnalité juridique.

Pour les structures de base telles que centres et postes de santé, si leur propriété n'est pas transférée aux collectivités locales, du moins leur gestion l'est.

C'est ainsi que les maires et présidents de conseil rural président les comités de gestion dont la vocation est d'approuver les budgets et les comptes et de décider des orientations des formations sanitaires, en vue de satisfaire les besoins des populations. L'introduction des initiatives altère l'agencement des comptes financiers des formations sanitaires dont la viabilité était assise sur le principe du recouvrement des coûts. Donc, il est normal que les collectivités locales soient largement associées à la réflexion, mais aussi au contrôle de la bonne exécution des initiatives au profit des populations.

Dans les procédures mises en place, il était prévu que le rapport mensuel des initiatives soit soumis au visa de la collectivité locale mais il ne semble pas qu'une pareille disposition ait été respectée et pratiquée.

Cette première revue de l'intervention de l'administration centrale semble montrer que s'il y a eu des discussions pour asseoir la mise en œuvre des initiatives, il n'y a eu par contre aucune étude de faisabilité. Une simple rétrospective sur les expériences du genre pratiquées à travers le monde aurait permis de voir ce qui réussit et ce qui ne réussit pas, en général.

La revue des différents prestataires permettra d'avoir une idée de la réalité rencontrée sur le terrain.

1.1. INITIATIVES ACCOUCHEMENTS ET CESARIENNES

➤ **Région de Kaolack**

La gratuité des accouchements et césariennes au niveau de la région de Kaolack a débuté avec l'extension aux autres régions sauf Dakar et ne s'applique qu'aux hôpitaux et dans les SOU où on pratique des césariennes. L'initiative a été précédée par une bonne campagne de sensibilisation qui a concerné la région médicale et les associations féminines, avec des émissions radiophoniques régulières. Les effectifs relatifs aux césariennes ont rapidement évolué, allant de 37 à 42, puis 92 au bout des trois premiers mois. Depuis lors, il y a une bonne évolution de la césarienne et pour le mois de mai, il y a eu 22 à Nioro et 60 à l'hôpital de Kaolack.

La mise en œuvre de l'initiative a fait que l'hôpital se trouvait dans l'obligation d'offrir la césarienne à toute demanderesse, le problème du coût ne se posant plus. D'où la nécessité d'opérer un audit des services de maternité et de gynécologie : travaux d'amélioration des infrastructures et des équipements, recrutement de gynécologues, etc.

Du fait que l'hôpital de Fatick n'est pas encore fonctionnel, Kaolack supervise deux gynécologues hospitaliers, deux privés et 5 compétents SOU, y compris SOKONE (région de Fatick). C'est ainsi donc que depuis Juin 2006, toute femme dont l'état nécessite une césarienne est prise en charge à l'hôpital pour son opération, 5 jours d'hospitalisation et une partie des médicaments lorsqu'ils sont disponibles.

➤ **Région de Thiès**

Au niveau de la région médicale de Thiès, l'initiative concerne les centres de santé SOU de Mbour et de Thiadiaye et le centre hospitalier régional de Thiès.

- La première opération au centre de santé de Thiadiaye remonte au 17 mars 2007. En prélude à cette entrée dans l'initiative, il y a eu une bonne campagne de communication avec une interview du gynécologue à la radio rurale de Fissel et un atelier de restitution de l'initiative à Foundiougne. Les kits ont été reçus au mois de février 2007 et sur les 164 reçus, 70 ont été utilisés en fin mai 2007. Il n'y a pas de critère particulier d'éligibilité et c'est le carnet de santé qui est demandé comme document de référence ; toute femme avec une indication de césarienne diagnostiquée ou prescrite est prise en charge.
Il y a une bonne évolution de la stratégie et on observe une augmentation de la demande au fil des mois. La rapidité de la prise en charge est remarquable.
- Au centre de santé de Mbour, l'on a reçu 176 kits et la première opération a eu lieu au mois de février 2007. Comme à Thiadiaye, il n'y a pas de critères d'éligibilité, et le carnet de santé sert de document d'identification. Ce sont les comités de santé qui ont fait une communication de masse et il y a eu des spots à la radio. Le district a été informé par une note de service et depuis le début, il y a une bonne évolution avec une forte augmentation de la demande.
Il y a eu, jusqu'en juin 2007, 48 personnes prises en charge avec 8 jours d'hospitalisation et un rendez-vous de suivi. Le district n'utilise pas de registre particulier.
- Au niveau du centre hospitalier régional de Thiès, la gratuité des césariennes a démarré en février 2006 et l'hôpital a reçu une dotation initiale de 890 kits. Pour le début de l'initiative, des émissions radio sont développées comme stratégie de sensibilisation.
Les supports utilisés sont le carnet de livraison et le registre pour les actes. Des rapports d'activités mensuelles sont envoyés au niveau des services des soins infirmiers et au bureau de l'agent comptable pour la facturation.

Les services gratuits couvrent le ticket pour la césarienne, les médicaments et 5 jours d'hospitalisation.

A l'admission, il est établi, pour la patiente, un dossier pour sa prise en charge.

Il y a une adhésion très remarquable des populations. Cependant, il est constaté une surcharge de travail des gynécologues et une utilisation irrégulière du partogramme par les sages femmes.

➤ **Région de Ziguinchor**

L'initiative de la gratuité des accouchements et césariennes a démarré dans les régions de Ziguinchor le 1er janvier 2005, d'abord au niveau de l'hôpital et s'est étendue dans tout le district en septembre 2005. La région a reçu dès le départ, une bonne dotation de kits d'accouchement (1213), correspondant à 42% des besoins de la région pour cette première année. Pour l'hôpital, l'Etat a versé des fonds mais au cours des deux premières années, il avait été constaté des ruptures dans l'hôpital en ce qui concerne les médicaments et matériels ; depuis lors, l'hôpital s'approvisionne en kits, ce qui est exceptionnel mais a permis d'éviter les pertes de temps à la prise en charge qui pouvaient être fatales.

De 2004 à 2007, le seul district sanitaire de Ziguinchor a reçu 6571 kits d'accouchement dont 3179 dans la seule année de 2006. Quant à l'hôpital, il a effectué 1424 césariennes, dont 640 en 2006.

La maîtresse sage-femme et le pharmacien de l'hôpital estiment que la présence du kit sécurise la prise en charge mais il convient de bien vérifier les différents éléments du kit pour éviter les péremptions et aussi d'améliorer la qualité des éléments du kit.

➤ **Région de Kolda**

L'initiative a démarré à Kolda, à la même période qu'à Ziguinchor. La région a reçu 2181 kits d'accouchement dans la première année de démarrage, ce qui correspondait à 40% des besoins. Depuis le début de l'initiative, 737 césariennes ont été effectuées dans la région, ainsi que 4261 accouchements.

L'initiative semble tellement rodée qu'elle ne constitue pas une préoccupation particulière pour les prestataires, sauf le kit qui est jugé inadéquat.

➤ **Région de Tambacounda**

L'initiative a démarré à Tambacounda à compter du 1er Février 2005 et au cours de la première année, la région médicale a reçu 813 kits d'accouchement pour un total de 3412 accouchements effectifs, soit une couverture de 23,8%. Pour les césariennes, avec les districts de Tambacounda et les SOU de Goudiry, Kédougou et Bakel, il y a eu 41 césariennes exécutées pour cette première année, sur 309 kits reçus, pendant que l'hôpital effectuait 221 césariennes. Les responsables de Tambacounda notent un déficit de communication entre les acteurs qui a entraîné une compréhension différente des prestataires et des patientes.

Les consultants, pour des raisons budgétaires, n'ont visité que le SOU de Kédougou et l'hôpital et le district de Tambacounda. Depuis le début de l'initiative, on recense 548 césariennes dans la région et 2349 accouchements.

➤ **Région de Louga**

Les accouchements et césariennes ne concernent la région de Louga que pour la gratuité des césariennes au niveau de l'hôpital. L'initiative a démarré dans cette région en 2006 et ne semble pas avoir connu de problèmes particuliers. L'hôpital a exécuté 715 césariennes entre 2006 et 2007.

➤ **Région de Saint-Louis**

L'initiative a démarré dans cette région en 2006, uniquement au niveau de l'hôpital où l'on a pratiqué depuis cette date, 1046 césariennes. Ici, comme à Louga, le plan Sésame semble faire oublier l'existence de cette initiative qui ne semble pas poser de problèmes.

1.2. LE PLAN SESAME– PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DU 3^E AGE

➤ **Région de Kaolack**

Le plan SESAME est mis en œuvre dans la région de Kaolack depuis octobre 2006 au niveau de l'hôpital et novembre pour les districts sanitaires.

Au niveau périphérique, les procédures de prise en charge sont assez bien maîtrisées et les districts de Nioro, Kaolack, N dofane, Kaffrine ont présenté déjà deux factures de remboursement concernant le dernier trimestre de 2006 et le premier trimestre 2007.

Au début, les districts ne croyaient pas qu'il y aurait remboursement, de telle sorte que les dossiers sont négligés et les frais sont passés à bon compte lorsqu'ils sont rejetés. Au niveau de la base, les soins et les médicaments sont fournis plus facilement mais les comités de santé en ressentent le poids. Aussi, des efforts sont en train d'être faits pour ficeler des dossiers corrects et obtenir des remboursements bien rémunérateurs comme ceux relatifs à la première facture. Nioro, Kaolack, N dofane et Kaffrine ont reçu 700 000, 1 000 000, 80 000 et 300 000 francs CFA pour des services estimés à 679 335, 837 660, 77 845 et 268 485 francs CFA.

Le problème observé est la difficulté des comités de santé liée à la réduction des prix des médicaments du paludisme et au long délai observé pour le remboursement du Plan SESAME (Nov-Dec 2006 remboursé en Juin 2007).

A l'hôpital de Kaolack, comme dans tous les autres hôpitaux, il y a les bénéficiaires de l'IPRES et tous les autres bénéficiaires relevant du plan SESAME.

Pour le plan SESAME global, nécessité de présenter la carte d'identité nationale numérisée, le bulletin de référence et la prise en charge.

Pour l'IPRES, les affiliés doivent venir avec une lettre de garantie IPRES. Il y a une différence fondamentale en ce qui concerne l'IPRES puisque sa garantie couvre le retraité (à partir de 55 ans) et les membres de sa famille éligibles à la couverture maladie.

A Kaolack, pour les personnes de 60 ans et plus, on remarque un glissement des personnels de l'IPRES vers le régime général, du fait des difficultés pour avoir la référence et la lettre de garantie IPRES.

Au niveau de Kaolack, il est difficile de dire que tout citoyen présentant une carte d'identité sénégalaise est bien sénégalais avec la proximité de la Gambie et des personnes venant de la Casamance ou du Sénégal Oriental (guinéens et maliens parfois). Il y a aussi le fait que beaucoup de sénégalais de 60 ans et plus n'ont pas parfois une carte d'identité.

C'est la raison pour laquelle beaucoup de cas non identifiables sont transformés en sociaux lorsqu'il y a urgence et qu'il n'y a ni référence ni prise en charge ou lorsque la personne n'est pas identifiable de façon certaine.

Dans les prestations offertes, le médicament est souvent absent.

Si du point de vue technique, le malade demeure toujours le malade, avec les mêmes droits et les mêmes exigences, du point de vue administratif la surcharge de travail est patente avec le plan SESAME : contrôle de l'éligibilité, confection des dossiers de remboursement, suivi particulier, etc.

➤ **Région de Thiès**

Le plan SESAME a démarré dans la région de Thiès sous la direction du Médecin Chef de la région qui a mis en place un service très performant et des outils de suivi comportant un registre nominatif. Les prises en charge et les problèmes de référence ont été délégués aux districts. Au niveau périphérique, le plan SESAME est bien appliqué et des remboursements ont été demandés pour Septembre-Octobre et Novembre-Décembre 2006.

Au niveau de l'hôpital de Thiès, le plan SESAME fait l'objet d'une attention particulière et le chef du bureau des entrées qui supervise les trois guichets dédiés au plan SESAME entretient des relations spéciales avec ses patients du 3^{ème} âge.. Evidemment, il y a un surcroît de travail administratif mais il semble bien géré.

Ici aussi, à l'hôpital de Thiès, comme ailleurs, l'IPRES a prévu la prise en charge de ses affiliés et des membres de leur famille et elle bénéficie d'une réduction de 20% par rapport au tarif déjà privilégié des particuliers à leurs frais. De même, on y constate une diminution progressive des factures de l'IPRES, passant de 1 700 000 francs CFA au début du plan à 500 000 francs CFA en mars 2007.

Cela est très certainement dû à un contrôle plus strict de la délivrance des lettres de garantie IPRES avec comme conséquence, le transfert des affiliés du régime IPRES vers le régime général du plan SESAME.

Les grandes rubriques de dépenses sont : Laboratoire, Cardiologie, Chirurgie, Urologie, Médecine et Médicaments.

Contrairement à beaucoup d'hôpitaux, le CHR de Thiès fournit des médicaments pour des sommes importantes : plus de 8 700 000 en sept mois.

➤ **Région de Ziguinchor**

Le plan SESAME est entré en vigueur dans la région au cours de septembre 2006, après une campagne d'information par les radios. Depuis le début, on a noté une très grande affluence dans les structures de base comme à l'hôpital où l'on reçoit même des référés de Sedhiou. Le plan SESAME fait l'objet d'un suivi particulier, tant au niveau des patients que des dépenses engagées. En 2006 et 2007, la région de Ziguinchor a traité 741 personnes âgées.

➤ **Région de Kolda**

Le plan SESAME a débuté à Kolda en Septembre 2006 mais avec une mauvaise implication du personnel de santé et il ne semble pas qu'il y ait eu beaucoup de publicité dans les directives provenant de l'administration centrale ; est-ce que les implants ophtalmologiques sont compris dans les prestations ? Ici se pose la question de l'utilisation des postes de santé ou du service de tri car il semble que la présence du médecin soit nécessaire pour le diagnostic et pour la limitation de la prescription.

Au niveau du district sanitaire, 75% des consultations concernent le plan SESAME et 75% de ces patients exigent d'être vus par un médecin. Le personnel se plaint de l'agressivité du sujet âgé qui explique que c'est le Président de la République qui lui a demandé de venir voir le médecin. La référence et la pyramide sanitaire ne sont pas respectées et parfois un malade se présente trois fois dans la journée. En définitive, l'initiative a créé une surcharge de travail au détriment des autres patients. Pour la seule année 2007, la région a reçu 1153 patients.

➤ **Région de Tambacounda**

La région de Tambacounda a connu une large information sur le plan SESAME avec les enquêtes tests, l'atelier national, l'atelier régional et le CRD spécial qui ont été organisés avant le démarrage. Dès le début, en septembre 2006, l'initiative a connu une très forte demande entraînant une importante surcharge de travail pour le personnel et un encombrement des structures de santé. Au total, 4085 malades de la catégorie concernée ont été reçus dans les formations sanitaires de la région, entre 2006 et 2007, selon les informations fournies par les enquêteurs. Le problème le plus important observé est la difficulté d'appliquer le critère de la nationalité dans les zones frontalières.

➤ **Région de Louga**

Le plan SESAME a démarré à Louga, le 1er septembre 2006, par note de service du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Un CRD a été tenu le 30 août 2006 avec les autorités administratives et locales, le MCR, les MCD et les responsables de l'hôpital régional, sans la présence d'un membre de l'administration centrale pour expliquer dans les détails l'initiative et les modalités de mise en œuvre. C'est la raison pour laquelle au départ, il y a eu une grande confusion. Le prestataire a été informé en même temps que le bénéficiaire et le grand public, ce qui a fait naître entre les acteurs beaucoup de malentendus. La présence des membres très actifs des associations de retraités n'a pas facilité le dialogue entre patients et prestataires. Ce fut une véritable ruée vers l'hôpital et les services de santé et les enquêteurs ont noté entre 2006 et 2007 le nombre énorme de 38 348 patients reçus dans les structures sanitaires de la région médicale de Louga.

➤ **Région de Saint-Louis**

Ici, le personnel semble peu informé au niveau de la région médicale et du district sanitaire. Tout le monde se plaint de la méconnaissance des procédures.

➤ **Région de Dakar**

Le démarrage du plan SESAME a été plus tonitruant à Dakar qu'ailleurs, du fait de la présence massive des medias et des combats des associations de retraités pour la prise en compte de leur détresse sociale. Dans ce domaine, les retraités de l'IPRES étaient les plus actifs. Aussi, dès le début de la campagne de communication, ce fut la ruée vers la région médicale.

Le Médecin Chef de région a été obligé très rapidement de déléguer son pouvoir d'établir la lettre de garantie à certains de ses médecins de district.

Cette déconcentration a eu pour effet d'aérer la région médicale pour permettre au MCR de se concentrer sur ses autres nombreux problèmes administratifs et de gestion. Toutes les demandes de remboursement passent par le MCR qui les contrôle avant de les envoyer à la Direction de la Santé.

❖ **Hôpital A. Le Dantec**

Le plan SESAME à l'HALD a démarré au mois d'Octobre et a connu dès le départ un grand engouement (1 045 soins externes et 324 hospitalisations entre Octobre et Décembre). Cet élan s'est poursuivi en 2007, avec au premier semestre 5 400 soins externes et 1 167 hospitalisations.

La Direction de l'hôpital a mis en place un guichet spécial pour le plan SESAME. Cependant, il y a un problème dans l'exécution des prestations, lié à la semi autonomie des services qui continuent à privilégier le paiement cash et les activités privées des professeurs : rendez-vous très éloigné, manque de films et de réactifs, rupture des médicaments au niveau de l'IB.

❖ **CHN de Fann**

En ce qui concerne le plan Sésame, des dispositions particulières avaient été prises dès le départ pour faciliter la prise en charge des bénéficiaires du plan Sésame.

Le bureau des entrées et le service administratif et financier ont créé pour l'orientation vers les services techniques – la « lettre de gratuité pour personne âgée » qui accompagne le bulletin de référence et la prise en charge.

Ici, on semble noter un rush vers les services de radiologie et d'imagerie médicale comme si systématiquement les bénéficiaires étaient orientés vers Fann. Aussi, les dépenses ont rapidement progressé passant de 5 à 19 millions par mois en quelque temps.

De façon générale, les bénéficiaires sont bien accueillis dans les services techniques grâce à une campagne d'information encourageant les services à prendre en charge les malades du 3^{ème} âge. Il est d'ailleurs dans les projets de l'hôpital de recruter des hôtesses pour améliorer l'accueil. Le plan SESAME est aussi ressenti comme un substitut des certificats d'indigence qui étaient produits très souvent par cette catégorie de clientèle.

Le seul problème soulevé concerne la difficulté de respecter la référence en cas d'urgence ou pour des clients venant des régions intérieures comme Diourbel ou Fatick.

❖ **Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY)**

L'hôpital général de Grand Yoff a très rapidement mis en place un service spécial pour la gestion du plan SESAME, lequel a conçu des outils de gestion distinguant les anciens bénéficiaires, ayant un dossier à l'hôpital, les nouveaux bénéficiaires et les urgences, avec les procédures applicables à chacune de ces catégories, avec inscription dans un registre particulier.

Depuis le début, l'hôpital a fait l'objet d'une destination privilégiée et il y a une réelle augmentation de la demande.

De septembre 2006 à mai 2007, il y a eu 4.760 reçus, 796 pour le mois de juin et 936 pour le mois de juillet, soit un cumul de 6.492.

❖ **Hôpital Principal de Dakar**

L'hôpital principal de Dakar a commencé le plan SESAME en Septembre 2006 et a produit sa première facture en Octobre 2006. L'entrée dans le plan SESAME a introduit une surcharge de travail à l'accueil où un guichet lui est réservé, et à la facturation.

Le premier contact est justifié par la carte d'identité, la référence et la prise en charge de trois volets. En cas d'hospitalisation, l'hôpital fournit un formulaire HPD que l'autorité compétente doit remplir et endosser à titre de prise en charge. Lorsque le malade est déjà suivi à l'hôpital, il ne lui est pas exigé une référence particulière.

En matière de facturation, il y a 3 tarifs :

- un tarif international ;
- un tarif général, applicable aux PAF ;
- un tarif préférentiel applicable à l'Etat et à ses démembrements.

Ici, la facture a un code Client et n'est pas adressée à l'individu. Code SESAME Etat : 14040 et Code IPRES : 14039.

Comme ailleurs, il y a une convention particulière avec l'IPRES qui prend en charge ses affiliés de 55 ans et plus et les membres de leur famille.

CHAPITRE 2- :

DISPOSITIF ENTRE LES ETABLISSEMENTS ET LE NIVEAU CENTRAL

2.1. INITIATIVES ACCOUCHEMENTS ET CESARIENNES

Le tableau ci-dessous présente les montants (en milliers de francs CFA) des subventions accouchements et césariennes accordées par l'Etat de 2004 à 2007.

Tableau 2 : Montants des subventions Etat/Accouchements et césariennes

Structure	Période			
	2004	2005	2006	2007
PNA	310 249	171 346	200 000	239 590
Hôpitaux	20 735	236 320	234 396	200 086
Total	330 984	407 666	434 396	439 676

Source : Compilations données d'enquête

Ces montants représentent pour les quatre ans, un total de 922 284 750 francs CFA pour la PNA et 691 537 250 francs CFA pour les hôpitaux. Le total général s'élève ainsi à 1 613 922 000 francs CFA (moyenne annuelle de 403 480 500 francs CFA). Au 30 juin 2007, la PNA a fourni 549 023 300 francs CFA aux différentes régions médicales au titre des kits, soit une moyenne annuelle d'environ 183 108 000 francs CFA. Ces kits et médicaments ont été servis à 5 régions tel que le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Valeur des médicaments livrés aux régions

Région	Montants en F CFA
Fatick	98 368 030
Kolda	114 085 740
Matam	70 937 910
Tambacounda	130 689 360
Ziguinchor	127 691 890

Source : Compilation données d'enquête

Les formations sanitaires de base et les établissements publics hospitaliers, dans le cadre de l'initiative de gratuité des accouchements et césariennes, font des rapports réguliers à leur hiérarchie.

- Les postes de santé envoient un rapport mensuel au médecin de district sur les activités de la maternité, précisant notamment le nombre de bénéficiaires reçus et de kits utilisés.
- Le médecin de district centralise les données des postes et du centre et, trimestriellement fait un rapport au médecin chef de région.
- Le médecin chef de région produit un rapport semestriel des activités en matière d'accouchements et de césariennes, avec le nombre de bénéficiaires et de kits consommés ; ce rapport est envoyé au Directeur de la santé, par les soins de la division de la santé de la reproduction.
- La division de la santé de la reproduction exploite les données statistiques issues des rapports et fait régulièrement (trimestre, semestre ou année) l'expression des besoins par région à la PNA.

- Au niveau de l'hôpital, il y a un rapport mensuel, produit par le service de gynécologie obstétricale, sur le nombre de césariennes et autres complications ayant nécessité une intervention chirurgicale. Ce rapport, signé par le gynécologue et contresigné par le Directeur de l'établissement, est envoyé à l'agent comptable central qui fait la facture déductible de l'avance ; La région médicale reçoit le rapport, le transmet à la Direction de la santé, en même temps que les autres rapports intéressant la division de la santé de la reproduction.

Dans tous les cas, il n'y a pas de contrôle de l'effectivité des actes déclarés, ni par la région, ni par la DSR.

2.2. LE PLAN SESAME

Ainsi donc, le Ministère de la santé a déposé dans les hôpitaux 1 175 millions pour la prise en charge du plan SESAME et 120 millions à la PNA au bénéfice des formations sanitaires de base (centres de santé et postes de santé). Il y a une réserve de 105 millions au niveau de la Direction de la santé qui serait destinée, une partie à certains hôpitaux, une autre partie à la PNA.

Alors que pour les hôpitaux, les sommes mises en place s'avèrent dérisoires pour l'ensemble des établissements visités, les remboursements en médicaments par contre sont très lents, seulement 36.459.941 F CFA ont été remboursés. Ceci laisse supposer que les dotations au niveau de la PNA, d'environ 110 millions par an pourraient suffire à assurer la prise en charge à la base.

Les centres de santé et les postes de santé exécutent leurs prestations sous la supervision du médecin chef de district. Au niveau du poste de santé, le chef de poste reçoit le malade, le consulte et le traite ou le réfère au centre de santé. Si le traitement a eu lieu au poste de santé, le chef de poste remplit une fiche de remboursement, plan SESAME où sont transcrits :

- l'identification du malade,
- le diagnostic,
- la prescription et les médicaments fournis (ordonnances détaillées jointes).

Ce dossier est envoyé au médecin de district, daté, visé et signé par l'infirmier chef de poste, une fois par trimestre pour remboursement.

Si le malade est référé au centre de santé, il lui délivre un bulletin de référence. Le médecin de centre de santé reçoit le malade référé ou le malade de la commune amené par ses parents ; il l'ausculte et lui prescrit un traitement, avec des investigations au niveau du centre. A l'issue de la prestation, il remplit une fiche de remboursement indiquant :

- l'identité du malade,
- le diagnostic,
- et les prestations (consultation, radio, laboratoire, médicaments et autres).

Le document est dûment daté, visé et signé. Le dossier est trimestriellement envoyé au médecin de région, pour remboursement, en même temps que celui des postes de santé. Si l'état du malade nécessite son envoi à l'hôpital, le médecin de district remplit un bulletin de référence, y joint une lettre de garantie qu'il signe par délégation du médecin chef de région et donne le tout au malade ou à sa famille pour se rendre à l'hôpital.

Lorsque le médecin de région reçoit une demande de remboursement d'un district, il fait vérifier, par ses services, si les documents reçus sont clairs, lisibles et si les prix pratiqués sont conformes aux tarifs régionaux fixés pour les comités de santé. Trimestriellement ou suivant une périodicité raisonnable, les dossiers sont envoyés à la Direction de la santé, pour remboursement.

Au niveau des hôpitaux, sauf urgence, seuls les malades munis d'une lettre de garantie et d'un bulletin de référence du médecin de district doivent être reçus et traités.

A l'issue des traitements opérés sur les malades, l'hôpital confectionne un dossier de remboursement avec, pour chaque malade reçu, les volets 3 et 4 de la lettre de garantie dûment visée, datée et signée, le bulletin de référence et le détail des prestations, service par service. Le tout est évalué dans un état récapitulatif valant facture avec le détail nominatif des malades.

Ce dossier préparé par le service administratif est envoyé à l'agent comptable qui l'impute dans ses comptes et envoie le dossier au Directeur de l'hôpital qui le signe et le transmet au Directeur de la santé, pour remboursement, directement ou par le MCR, suivant le cas.

Le Directeur de la santé gère le plan SESAME Etat à partir du bureau des personnes du 3^{ème} âge. Deux agents sont assignés au traitement des dossiers, l'un s'occupant des hôpitaux et l'autre des centres et postes de santé, sous la supervision d'un coordonnateur.

Pour ce qui concerne les hôpitaux, l'agent vérificateur se réfère au document de convention entre l'IPRES et les établissements publics de santé, dans lequel est intégré l'arrêté interministériel du 21 février 2005 fixant les valeurs maximales et minimales des tarifs d'hospitalisation, de consultation, de soins externes et de cession, applicable dans les établissements publics de santé. La vérification porte sur le coût des prestations et la régularité des pièces justificatives. Ce travail long et fastidieux est mené avec beaucoup d'indulgence sur la forme, mais beaucoup de fermeté sur les montants. Ainsi, des contentieux sont apparus entre le bureau des personnes âgées et des hôpitaux comme Tambacounda, HALD et HOGGY qu'il accuse de surfacturation et autres méfaits.

Pour les centres et postes de santé, le travail est encore plus insurmontable du fait du nombre élevé de districts sanitaires concernés par le plan SESAME. Là, il n'y a pas de référence et la valeur des actes et des produits peut être différente d'une région à une autre. Le bureau du 3^{ème} âge est encombré de dossiers et de cartons qu'il sera difficile de conserver en archives sous cette forme.

Si la Direction de la santé ne valide pas la facture d'un hôpital, on risque de se trouver devant une situation sans issue puisque le remboursement est déjà précompté par l'hôpital sur la provision placée dans ses comptes.

Par contre, pour les centres et postes de santé, la demande de remboursement traitée doit faire l'objet d'un bon de commande de médicaments ou d'un rejet. Le remboursement en médicaments au profit des structures de base est très

avantageux pour le district sanitaire qui les place dans l'Initiative de Bamako afin de recouvrer les coûts, avec un bénéfice allant de 30 à 50%.

Dans les premiers remboursements effectués par les services du bureau des personnes du 3^{ème} âge, il y a eu beaucoup de complaisance, la valeur du bon de commande se situant nettement au dessus de la demande de remboursement comme à Dahra le 16 décembre : factures 1 167 055, bon de commande médicaments 1 500 000 ; Dakar Nord, BE 120 de février 2007 : factures 397 450, remboursement 500 000.

Il y a beaucoup de nébulosité dans cette gestion des remboursements en médicaments où il n y a aucun critère ; le consultant a même vu un remboursement « au **district sanitaire SAMU** » et un autre « au **district sanitaire retraités de l'IPRES** » pour 750 000 F CFA et 1 000 000 F CFA. A cette cadence, la provision PNA s'épuiserait très rapidement.

Mais il y a un espoir puisque la Direction de la santé met aujourd'hui en œuvre un plan d'informatisation qui aura pour conséquence de déléguer la gestion du système aux médecins chefs de région et aux districts sanitaires qui traiteront les dossiers sur place.

Si les ressources sont aussi déconcentrées à ce niveau ce ne pourra qu'être bénéfique pour tout le monde.

La seule crainte est que les coûts récurrents de gestion soient trop élevés avec l'intervention d'un cabinet de comptabilité et d'audit, dans un système informatisé et interconnecté.

C'est le lieu de dire que l'organisation proposée pour la gestion du plan SESAME nous semble inadaptée et excentrée par rapport au système de santé. En effet :

- le comité d'orientation qui doit définir les orientations et la politique du plan SESAME n'est chargé que de « veiller à une bonne application des orientations du plan SESAME ». Il lui est dévolu presque un rôle de

gestionnaire : « suivre l'évolution du programme, évaluer à mi-parcours (quelle est la durée du plan ?), piloter et contrôler le fonctionnement du système, sensibiliser l'ensemble des acteurs par l'information et la communication. ». Combien de fois se réunit-il par an ? Qui convoque les réunions ?

La composition du comité, par des membres aussi divers que disparates, ne permet pas de remplir les fonctions qui lui sont dévolues par le projet. Comment sont désignés les représentants des associations de personnes âgées, les représentants des paysans, pasteurs et pêcheurs ?

- La cellule nationale SESAME ne comprend qu'un coordonnateur et des administratifs alors que le plan fait intervenir au sein du Ministère de la Santé des entités telles que la DAGE, la PNA, la DES, la DS et la CAFSP? Il s'agit presque d'un bureau de gestion qui se confondrait avec le bureau de la santé des personnes du 3^{ème} âge.
- Les cellules, régionales, de district et l'unité poste de santé ont les mêmes missions que la cellule nationale : « mettre en place un système d'information fiabilisée, coordonner et centraliser les activités du plan, suivre et contrôler l'évolution du système. ».

Il ne semble pas y avoir une intégration de la gestion du plan SESAME dans le système de santé car, si on prend l'exemple de la région médicale, la cellule régionale ne se confond pas avec les services de la RM, même si certains de ses éléments y sont cités. Ce qu'il faut comprendre dans ce schéma, c'est la hiérarchie propre des cellules aux différents niveaux, faisant tout dépendre de la cellule nationale qui, elle, ne dépend de personne et n'est intégrée à aucune structure.

Pour en revenir aux procédures de remboursement en médicaments des formations sanitaires de base, il faut noter qu'elles présentent deux cas de figures :

1. D'abord, il y a le préfinancement sous forme de kits d'accouchements et de césariennes préalablement placés dans les postes de santé, les centres de santé et les SOU, en vue d'une exécution immédiate de l'acte avec les

produits et matériels contenus dans le kit. La valeur des kits étant inférieure à la valeur totale de l'acte, des produits, des médicaments et des journées d'hospitalisation, il avait été suggéré que la PNA complétât sous forme de suppléments le différentiel entre les deux valeurs ; pour l'accouchement 5 500 et 3 500 francs et pour la césarienne 55 000 et 29 000 francs.

Ce système de financement constitue une perte pour les comités de santé qui auront un manque à gagner correspondant aux 2 journées d'hospitalisation pour l'accouchement, soit 2 000 francs et pour les césariennes aux 5 journées d'hospitalisation et aux médicaments de suivi post opératoire, soit 26 000 francs.

2. Ensuite, il y a le remboursement sous forme de médicaments des prestations et des médicaments servis aux personnes âgées dans le cadre du plan SESAME. Dans ce cas, il y a deux inconvénients :

- Le premier concerne la liquidité du remboursement ; en effet le médicament reçu devra être vendu au niveau de l'IB et suivant son importance et la taille de la structure, il peut se passer plusieurs jours ou même quelques mois avant que tout soit écoulé ou utilisé.
- Le second inconvénient encore plus gênant, est le long délai qui s'écoule entre le dépôt de la facture et la réception du bon de médicaments et des médicaments eux-mêmes.

Ainsi, des services rendus entre Septembre et Décembre 2006 n'ont fait l'objet de bons de remboursement qu'en Juin 2007 pour certains.

Dans ces deux cas, les structures de base sont pénalisées par les deux initiatives.

PARTIE III

VIABILITE DES INITIATIVES

CHAPITRE 1 :

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LES INITIATIVES

1.1. INITIATIVES ACCOUCHEMENTS ET CESARIENNES

Dans les régions de Thiès et Kaolack où l'initiative n'a démarré qu'en 2006 et 2007, les techniciens ont beaucoup apprécié la disponibilité des Kits qui a permis de lever définitivement le retard lié à l'intervention chirurgicale et les résultats obtenus sont jugés très satisfaisants.

Cependant, ils recommandent que la qualité des Kits et leur composition soit améliorées : manque de bétadine, gants de mauvaise qualité, insuffisance des compresses, etc. Il y a lieu d'encourager la responsabilisation totale du gynécologue chargé de la gestion de la salle d'opération en l'associant à la gestion des Kits et des matériels relevant de sa compétence.

Il demeure que le personnel s'inquiète de ce système de gratuité totale pour la césarienne là où les accouchements sont encore payants.

D'ailleurs, à Mbour, l'on continue à faire des ordonnances à la parturiente à laquelle une contribution de 3 000 FCFA est réclamée pour l'hospitalisation après la césarienne.

De façon générale, les gynécologues de l'hôpital comme des SOU pensent que la présence effective des Kits sous leur responsabilité directe réduit les risques et le délai d'intervention.

Aussi, il est suggéré de maintenir les dotations PNA en matière de Kits et de les renforcer pour en faire bénéficier les hôpitaux dont les problèmes de trésorerie peuvent faire naître dans les structures des ruptures d'approvisionnement dangereuses pour la survie de l'initiative.

En dehors des cinq régions test, l'extension n'a concerné que les césariennes dans les SOU et les hôpitaux.

Du point de vue technique, il semble que l'initiative soit efficace en ce qu'elle facilite la prise en charge des femmes grâce à la disponibilité des kits, au niveau des SOU et des subventions dans les hôpitaux.

Mais du fait des difficultés de trésorerie au sein des hôpitaux, il serait plus judicieux là aussi de mettre en place des stocks de kits de césariennes pour être sûr de leur disponibilité au moment du besoin.

Du point de vue financier, il y a une grande réticence à assurer des accouchements et césariennes gratuits, sans aucune participation de la population car dans beaucoup de structures, c'est la maternité qui apportait le plus de ressources au comité de santé.

Ainsi, dans quelques endroits (Mbour par exemple), on continue à demander une contribution à la cliente et on lui donne des ordonnances pour son suivi post opératoire.

Aussi, pour ce qui concerne les accouchements et césariennes, il conviendrait certainement d'analyser les critères d'éligibilité ; est-ce qu'il s'agit de situation géographique ou de l'état personnel de précarité de la femme ou de tout autre critère. Il y a, s'il s'agit de pauvreté, des personnes d'un dénuement extrême dans certains quartiers et certains départements de la région de Dakar. Si l'on veut assurer la maintenance des maternités et des SOU, il y a un grand intérêt à combler le manque à gagner dans les comités de santé lié à la gratuité des accouchements et césariennes

Si l'on y regarde de plus près, la gestion de l'initiative accouchements et césariennes gratuits pose plusieurs problèmes :

1. Le comité technique de suivi mis en place par le Ministre de la Santé a travaillé plusieurs mois pour remplir les conditions de démarrage liées essentiellement à la capacité de la PNA à fournir des kits d'accouchement et de césarienne de qualité à des coûts acceptables, et à la disponibilité des ressources financières pour l'exécution du programme et sa survie.
2. Le comité technique a aussi défini des procédures précises d'exécution et de suivi, accompagnées d'outils de gestion pertinents pour une évaluation régulière.

Ces procédures devaient se dérouler selon les étapes suivantes :

- Une collecte des données régulières, concernant les accouchements et les césariennes ainsi que les kits ou les sommes reçus.
- Une identification précise et complète des clientes.
- Des prestations de qualité avec un dossier de maternité complet, en utilisant le partographe dès l'admission.
- Une prise en charge du paquet de prestations.
- Une gestion rigoureuse des médicaments et des produits.
- Le déroulement d'un plan de communication destiné aux prestataires et aux bénéficiaires.
- Un bon suivi et un bon contrôle.
- Enfin, régulièrement, un rapport mensuel, validé par l'élu local, signe de transparence et de bonne gouvernance.

- L'évaluation au bout de six mois en vue d'une généralisation éventuelle du projet.

Ces dispositions devaient s'accompagner de mesures particulières concernant la région de Fatick qui, à l'époque, n'avait ni hôpital, ni SOU, mais aussi le cadre juridique pour une telle initiative.

3. C'est donc dans de bonnes conditions préparatoires que le projet a démarré en Janvier 2005 dans les régions pilotes choisies « sur la base de la cartographie de la pauvreté et de la prévalence du taux de mortalité maternelle ».

Qu'est ce qui s'est passé pendant les six premiers mois prévus pour une évaluation ?

Les données obtenues par les consultants ne permettent pas d'avoir une information complète sur la période.

Toutefois, un compte rendu de réunion du comité technique en date du 27 Juillet 2005 faisant l'analyse de la situation du projet a mis en exergue certains points cruciaux :

- l'absence de supervision ;
- l'épineuse question des kits et la capacité de la PNA de les fournir ;
- le problème de l'effectivité de la gratuité et du remboursement des districts.

Parmi les pistes investies se trouve l'expérience des 3 hôpitaux de l'initiative que sont ceux de Ziguinchor, Matam et Tambacounda, qui plaide en faveur d'une généralisation de la gratuité des césariennes ; aucun détail ne vient étayer cette assertion sauf à se rendre compte qu'il y a une bonne progression des césariennes dans ces formations sanitaires au cours des six premiers mois de l'initiative.

En fin 2005, les résultats des césariennes par rapport aux données de 2004 sont effectivement encourageants.

Mais c'est déjà lors de cette réunion du 27 Juillet 2005 qu'il avait été recommandé de procéder à l'extension des césariennes dans tous les hôpitaux, sauf l'hôpital général de Grand Yoff et l'hôpital Principal de Dakar.

Les prévisions de césariennes dans les hôpitaux ont été dépassées (124%), même au niveau du 4^e hôpital, celui de Kolda, qui a pu bénéficier d'une dotation en kits de césariennes.

Dans le document sans date intitulé « Etat de mise en œuvre de l'initiative de la gratuité des accouchements et césariennes » une prévision de la généralisation de l'expérience a montré qu'il fallait pour 2006, 1.890.085.000 francs pour financer la gratuité totale comprenant les coûts des accouchements et césariennes et le coût d'opportunité supporté par les comités de santé. Ce budget était difficile à boucler, malgré les investigations sur les sources potentielles.

C'est donc uniquement pour des raisons financières que le comité s'est résolu à généraliser seulement les césariennes dans les hôpitaux des régions, sauf Dakar.

Cependant, comme l'ont remarqué tous les observateurs, y compris les rapporteurs de la Division des soins de santé primaires ou ceux de la Division de la santé de la reproduction, il y avait un manque flagrant de supervision et de suivi et donc généralement un non respect des différentes étapes de la procédure préconisée.

Cette absence de contrôle se manifeste surtout dans le manque de données et lorsque celles-ci existent, leur incohérence.

L'exemple le plus remarquable concerne le nombre d'accouchements enregistrés ici et là, mais aussi la valeur et le nombre de kits distribués par région.

Si nous prenons par exemple le nombre d'accouchements pour 2005, suivant le document et l'objet de l'étude, nous avons :

Tableau 4 : Nombre d'accouchements dans les régions pilotes

Région	2005			2004
				Année de référence
Fatick	12 768	4 546	5 778	11 352
Kolda	10 154	12 970	12 668	11 028
Tambacounda	6 645	6 824	9 246	6 960
Matam	282	5 346	4 705	3 760
Ziguinchor	5 963	6 048	8 411	5 788

Source : Données fournies par la DSR

Quel est le bon chiffre pour permettre une bonne estimation des besoins et une allocation rationnelle des kits aux régions ?

Si l'on s'intéresse à la valeur des kits reçus, on peut noter pour les cas de Ziguinchor, Fatick et Tambacounda que :

- Pour 20 304 accouchements enregistrés sur la période 2004-2006 sur laquelle les estimations des kits se sont fondées, la région de Ziguinchor a reçu des kits pour une valeur de 127 691 890 francs.
- Pour 24 519 accouchements, Fatick a reçu 98 368 030 francs en kits d'accouchement.
- Pour 26 038 accouchements, Tambacounda a reçu 130 689 360 francs. Ziguinchor a été dans cette distribution privilégiée et d'ailleurs en 6 mois, du 29 Mai 2006 au 06 Novembre 2006, il lui a été livré une valeur de 65 309 590 francs correspondant à 11 874 kits à 5 500 ou 18 659 kits à 3 500 francs CFA, alors qu'on n'y a enregistré pour 2006 que 6 105 accouchements. :

Tableau 5 : Progression des accouchements selon la Division de la santé de la reproduction

Région	Nombre d'accouchements			
	Année			
	2004	2005	2006	Total
Matam	3 760	4 705	8 773	17 238
Fatick	11 352	5 778	7 389	24 519
Ziguinchor	5 788	8 411	6 105	20 304
Kolda	11 028	12 668	13 740	37 436
Tambacounda	6 960	9 246	9 832	26 038

Source : Données fournies par la DSR

D'ailleurs, les consultants ont appris que Ziguinchor recevait des kits de césariennes pour l'hôpital alors que cet établissement est pré financé. Ce problème mérite d'être élucidé car si ce constat est vérifié il y a un problème de transparence et de bonne gouvernance à dénoncer et à condamner.

Donc, il est évident que ce programme de gratuité n'est pas suivi comme il le fallait et la supervision de Février 2007 l'avait signalé et avait produit des recommandations dans le sens d'une correction de ces errements.

En vérité, ce résultat n'est pas étonnant si l'on sait qu'il n'a été dégagé aucune ressource spécifique, ni au niveau central, ni au niveau régional, ni au niveau des districts pour accompagner la gestion de l'initiative.

- Multiplication des outils de gestion.
- Supervision des districts et maternités rurales.
- Confection des rapports.
- Recueil et remontée périodiques des données.
- Etc.

Cette absence de ressources affectées à la gestion du programme est la raison majeure des défaillances constatées. Aussi, il n'est pas possible de dire en réalité, qualitativement qu'est ce que ça vaut, ni quantitativement combien ça coûte.

1.2. LE PLAN SESAME

Le constat est que la demande est très forte et elle s'accroît de façon exponentielle. Si au niveau de la base, il ne paraît pas y avoir d'excès, par contre au niveau hospitalier, c'est le rush, surtout en matière d'investigation et de diagnostic ; la durée d'hospitalisation devient plus longue pour des personnes souvent fragiles qui n'ont plus à se soucier de leur prise en charge.

En 10 mois, les avances déposées d'un montant de 1 400 millions sont entièrement consommées et si l'on n'y prend garde, il faudrait dans quelques années, plusieurs milliards par an pour répondre à cette demande. Mais le plus inquiétant, dans cette situation, c'est l'état financier des établissements de santé qui ne réussissent plus à assurer leur équilibre du fait de la pression de la masse salariale et des primes et indemnités attribuées aux personnels.

Cette situation n'est pas compatible avec l'allocation de subventions devant permettre la prise en charge gratuite de certaines catégories de malades. L'hôpital avec son unité de caisse devient un gouffre où avances et recettes ne réussiront même pas à combler les besoins financiers liés à la motivation des personnels.

Un grand effort de rationalisation de la gestion des hôpitaux et des services est un préalable à toute initiative de subvention de gratuité au bénéfice d'une couche quelconque de la population.

En revenant sur le discours du Président de la République, il convient de souligner que la préoccupation première du Chef de l'Etat était d'accorder les médicaments aux personnes âgées.

Cette attitude se justifie par le fait que depuis l'alternance, ce sont les associations de retraités qui bénéficiaient de prestations gratuites à 80%, sauf les médicaments qui ont pesé sur les autorités pour résoudre leurs difficultés sociales. Cette offre de médicaments est donc une réponse adéquate par rapport au souci premier des

personnes âgées à qui on délivrait des ordonnances que leur maigres pensions ne pouvaient soutenir.

Le deuxième élément significatif du discours du Président se trouve sur la justification de sa décision : « En effet, chez nous, chacun nourrit le rêve secret de vivre avec ses parents et de prendre soin d'eux. Mais lorsque, par la force des choses ce rêve ne peut être réalisé, il est juste que la nation s'en charge ». Ici, le Président introduit la possibilité de prendre en charge ses parents lorsqu'ils deviennent des personnes âgées et qu'ils sont dans l'incapacité de se prendre eux-mêmes en charge. C'est seulement quand le rêve ne peut se réaliser que la Nation se substitue à la responsabilité personnelle, filiale ou familiale.

Enfin, le troisième élément du discours se trouve dans la manière préconisée par le Président : il a instruit son Ministre de la Santé, en relation avec l'Université de Dakar, l'IPRES, le FNR et les collectivités locales « pour concevoir un plan de couverture médicale permettant aux personnes âgées de bénéficier de soins gratuits dans des hôpitaux, centres et postes de santé, sélectionnés sur l'ensemble du territoire ».

En analysant tous les éléments de ce discours, on peut dire que le Chef de l'Etat offre, de façon catégorique, les médicaments gratuits aux personnes âgées et que le Ministère de la Santé avait une première obligation pour les personnes âgées de leur trouver des médicaments gratuits. Or, dans la revue des pratiques observées, seules les structures de base ont offert systématiquement le médicament aux personnes âgées qui ont sollicité leurs services à l'occasion de leur visite. Mais cette fourniture avait des limites :

- D'abord, les médicaments génériques existants dans les postes et centres de santé sont limités à une liste restreinte dite de médicaments essentiels homologués pour chaque type de formation, centre ou poste de santé. Mais si la Direction de la Santé a tenté d'élargir cette liste aux principales pathologies touchant les personnes âgées, il existe toujours un grand écart entre l'établissement de cette nouvelle liste et la présence effective des produits dans la gamme des médicaments achetés et distribués par la PNA.

Enfin, faut-il rappeler que le consommateur économique du médicament n'est pas celui qui l'absorbe mais bien celui qui le prescrit. Or, depuis le temps qu'on parle de la politique des médicaments essentiels et des génériques, l'évolution semble très lente car les médecins prescripteurs prescrivent en général des spécialités pharmaceutiques vantées par les délégués médicaux et même si les pharmaciens peuvent fournir des génériques avec le décret d'autorisation de la substitution, ils préfèrent vendre des spécialités à cause des prix et des marges plus incitatifs.

- Ensuite, les stocks s'épuisent facilement si les produits sont cédés gratuitement, avant d'être remboursés dans un délai qui peut être très long. C'est ainsi que des postes et des centres de santé ont éprouvé parfois des difficultés à fournir les médicaments renvoyant les patients aux officines privées. Ce phénomène est encore plus accentué dans les hôpitaux où l'introduction d'un magasin IB était une initiative hors organigramme dont la gestion privée devait servir à augmenter les recettes et les primes.

Lorsqu'à l'hôpital, le magasin IB est vide, comme à HALD, la Direction de l'hôpital éprouve des difficultés pour se ravitailler à la PNA à qui il doit déjà beaucoup de factures arriérées impayées.

Dans d'autres hôpitaux, comme Principal, l'IB n'existe pas et l'hôpital n'achète que des spécialités hospitalières.

Le médicament constitue l'échec majeur dans la fourniture des prestations gratuites aux personnes âgées alors qu'il représentait la première préoccupation du Président et des associations de retraités, de l'IPRES et du FNR.

Dans l'application du discours du Président, le Ministre de la Santé n'a pas tenu compte de l'idée de substitution de la Nation à la famille développée par le Président, idée devant conduire à une discrimination née de la connaissance et de la complète information sur la personne concernée. On aurait pu penser qu'en dehors des bénéficiaires de droit que sont les retraités

IPRES et FNR, la détermination des autres bénéficiaires devrait provenir d'une demande expresse de la personne âgée signifiant par là qu'elle n'a personne, ni rien pour la prendre en charge, obligeant ainsi la Nation à le faire. Cette demande aussi devrait être instruite pour bien se rendre compte que la Solidarité Nationale demeure le seul recours pour la prise en charge médicale de cette personne.

- Enfin, s'agissant des procédures, le Chef de l'Etat parle de la conception d'un plan de couverture médicale pour les personnes âgées, leur permettant de bénéficier de soins gratuits dans des structures de santé sélectionnées. Le Ministre dans la mise en oeuvre de ce plan avait obligation de définir les soins gratuits à fournir et les formations sanitaires habilitées à les fournir, choisis pour leur qualité, leur spécialité ou leur accessibilité géographique ou tout autre critère pertinent.

En résumé, le Président voulait :

- offrir des médicaments gratuits à toutes les personnes âgées à qui ils avaient été prescrits dans les formations sanitaires publiques, quelque soit le cas et quelque soit la personne ;
- fournir une couverture médicale aux personnes âgées reconnues démunies, qui en exprimaient le besoin ;
- circonscrire les soins et les établissements dans lesquels ils seraient prodigués, dans le cadre de ce plan de couverture médicale conçue à cet effet.

Dans l'avant projet de Mai 2006 du plan SESAME, le bureau des personnes âgées de la Direction de la Santé avait prévu le démarrage du plan à partir de la date de signature du décret qui l'organise.

Or, le plan a démarré en Septembre 2006 sans que le décret ne soit signé, ni aucun autre acte réglementaire instituant le plan SESAME.

L'initiative de prise en charge médicale totale des personnes âgées de 60 ans et plus a été mise en œuvre sans étude préalable et a connu, dès le départ, une mise en œuvre duale :

- le Ministère de la Santé met en place des fonds dans les hôpitaux pour la prise en charge des retraités du FNR et des autres particuliers,
- au même moment, l'IPRES exécute son propre plan SESAME prenant en charge ses bénéficiaires âgés de 55 ans et plus et les membres de leurs familles.

Cet amalgame a créé une confusion dans l'esprit des prestataires de la base et de certaines personnes éligibles.

L'initiative de gratuité des soins et médicaments aux personnes âgées porte aujourd'hui le nom de plan SESAME alors que l'étude menée depuis 2001 portait sur l'élaboration d'une carte prioritaire « SESAME » en faveur des personnes âgées. L'idée était de créer pour les personnes âgées une carte d'accès prioritaire aux soins mais aussi à d'autres commodités et à un paquet minimum de services ; la carte devait être multifonctionnelle, avec un point de départ santé, mais qui pouvait concerner d'autres ministères et même d'autres services publics tels que banques, SENELEC, SDE, SONATEL, transport, etc.

L'exécution du plan SESAME a tourné autour de deux axes :

- offrir des soins gratuits aux personnes âgées de 60 ans et plus ;
- permettre à l'IPRES de combler l'écart important existant entre l'objectif poursuivi et la réalité vécue par les retraités de l'IPRES.

Le premier volet a été couvert par une dotation de l'Etat de 700 millions que le Président a annoncée le 03 Avril 2006 lors de son discours. Le second volet a été financé par l'IPRES pour 300 millions destinés à payer les prestations au niveau des hôpitaux, mais aussi à réorganiser les centres médico-sociaux relevant de l'institution.

Pour le premier volet, le document élaboré par le bureau des personnes âgées de la Direction de la Santé a décrit les procédures de mise en œuvre :

- gratuité des consultations offertes dans les centres et les postes de santé ;
- remboursement des médicaments offerts gratuitement aux personnes âgées par les postes et centres de santé sous forme de bons de médicaments ;
- préfinancement des prestations offertes par les hôpitaux.

La seule condition d'éligibilité est l'âge de 60 ans, attesté par une carte d'identité numérisée. Il n'y a aucune limite aux prestations et fourniture de médicaments disponibles.

Le circuit dans la pyramide est celle de la référence poste - centre de santé – hôpital, sauf urgence. La prise en charge est faite sur la base d'une lettre de garantie délivrée par le médecin chef de région ou son délégué. Dans ce circuit, tout le système de remboursement et de contrôle passe par la Direction de la Santé qui reçoit toutes les demandes de remboursement et procède au remboursement en médicaments des formations sanitaires de base.

En ce qui concerne le volet IPRES, aucune information n'est disponible au niveau du Ministère de la Santé, l'IPRES exerçant une libre administration de ses engagements dans le cadre du plan SESAME.

Normalement, les allocataires de l'IPRES sont vus et pris en charge au Centre Médico-social de l'IPRES de Dakar ou dans l'une des huit antennes régionales ouvertes sur l'étendue du territoire. Normalement, à ce niveau sont fournis les consultations de généralistes ou de spécialistes et les médicaments. Au besoin, l'allocataire est référé à l'hôpital par une lettre de garantie décrivant les services attendus et valant prise en charge.

Dans ce que l'on appelle dans les hôpitaux « plan SESAME IPRES » destiné à suivre les référés de l'IPRES et à gérer les fonds mis en place à cet effet, il y a les allocataires de l'IPRES, âgés de 55 ans et plus et les membres de leur famille ayant droit à la couverture médicale.

Aucun suivi de ce plan IPRES n'est possible à partir du Ministère de la Santé.

A partir du moment où l'allocataire de l'IPRES a 60 ans et possède une carte d'identité numérisée, rien ne s'oppose à ce qu'elle use des services du système de santé dès lors qu'elle rencontre au niveau de l'IPRES une insatisfaction dans l'accessibilité ou même l'offre de soins et de médicaments.

Dans tous les cas, il serait intéressant d'avoir une idée précise de la qualité des services rendus et de la manière de les rendre.

En dehors des médicaments dont on sait qu'ils sont souvent absents au fur et à mesure que le programme s'exécute, on ne sait pas exactement ce qui se passe pour les autres prestations.

Il serait judicieux d'entreprendre des investigations plus poussées sur la nature des prestations, leur qualité, leur mode de délivrance, etc., et dans ce cas, l'avis des bénéficiaires serait très important à recueillir et à analyser, à côté de celui du prestataire.

Du côté de l'IPRES, l'initiative semble être mieux gérée. A la base, il y a certainement le fait que la délivrance de la lettre de garantie de l'IPRES à ses bénéficiaires et aux membres de leurs familles fait l'objet d'un contrôle plus strict au niveau des services médicaux sociaux régionaux de l'Institution. Cette difficulté, relative à l'obtention d'une lettre de garantie IPRES, a fait que nombreux sont les bénéficiaires de l'IPRES qui utilisent, lorsqu'ils ont 60 ans, le régime général SESAME Etat. Ce phénomène de transfert a été observé à Kaolack, à Thiès comme à Dakar, dans certains hôpitaux.

Tableau 6 : Procédures comparatives IPRES versus SESAME-Etat

IPRES	SESAME ETAT
<p>Contact</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Service régional médico social IPRES ➤ Centre Médico gériatrique de Dakar de l'IPRES <p>Traitement si possible à ce niveau.</p> <p>Cas de complications : diagnostic poussé ou hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lettre de garantie domiciliée (pour un hôpital avec lequel l'IPRES a signé une Convention) ➤ Toutes les prestations de base de qualité y compris la fourniture de médicaments. 	<p>Contact</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Poste de Santé en milieu rural et dans les communes d'arrondissement ; ➤ Centre de santé au niveau des communes. ➤ Paquet de services disponible est celui défini par le MSPM pour chaque type de structure ➤ Fourniture gratuite de médicaments essentiels contenus dans une liste préétablie. <p>Cas de complication</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bulletin de référence délivré par le MC de District ➤ Lettre de garantie délivrée par délégation par le MC de District

Source : Compilation de données effectuée par les consultants

OBSERVATIONS :

1. De par ce dispositif, l'administrateur de l'IPRES a un parfait contrôle sur la nature des soins attendus des formations hospitalières.
2. La procédure SESAME ETAT est plus facilement réalisable sur l'étendue du territoire à cause des nombreux points de contact possibles.
3. L'éloignement des sites IPRES et la dispersion de la population par rapport à ces points (un par région au plus) peut être un facteur dissuasif pour les ayant droit de l'IPRES.
4. Cette situation peut être considérée favorablement par l'Administration du SESAME-IPRES qui voit ainsi ses charges diminuer du fait d'une sollicitation de plus en plus importante du SESAME-ETAT par les ayant droit de l'IPRES.
5. Cette situation aurait pu être évitée si l'IPRES avait conclu des arrangements avec tous les postes et centres de santé de sorte à rendre le contact plus facile quelque soit le lieu de résidence de ses ayant droit. Mais tel n'est pas le cas d'autant plus que les postes et centres de santé ne jouissent pas encore de la personnalité juridique leur permettant de contracter.

6. La seconde phase de la présente étude qui portera sur les bénéficiaires devra renseigner sur le niveau de confusion éventuelle entre le dispositif Etat et le dispositif IPRES et les raisons de cette confusion.

L'analyse des procédures de mise en œuvre a mis en lumière quelques problèmes soulevés, ça et là, dans le rapport au cours des missions de terrain :

- D'abord, il y a le problème de l'identité où l'absence d'une pièce d'identité fiable qui devrait conduire à rejeter le candidat du bénéfice du plan SESAME ; mais devant l'urgence et le dénuement, les services de santé le classe en général en cas social. Parfois, l'on doute de la nationalité surtout aux frontières avec les pays amis où les noms de famille peuvent être les mêmes que chez nous.
- Le second problème concerne la référence et la prise en charge : il faut rappeler que le système de santé est organisé en district sanitaire et en région médicale, et les médecins, dans leur responsabilité administrative, ont une compétence territoriale ; il arrive, comme les consultants ont pu l'observer, qu'un malade de Thiadiaye par exemple, à qui il a été prescrit une échographie et des analyses se retrouve à l'hôpital de Kaolack sans y être référé. Faut-il renvoyer ce malade à l'hôpital de Thiès ou à Thiadiaye même, ou faut-il l'envoyer auprès du médecin de région de Kaolack pour une prise en charge ou une référence. Si nous prenons le cas de ce malade vu à l'hôpital de Fann et qui venait de Diourbel, s'il devait revenir pour ses différents rendez-vous faudrait-il à chaque fois lui demander une référence ?

1.3. LE FONDS DE SOLIDARITE

Le Fonds de solidarité tel qu'il fonctionne actuellement est tributaire des décisions de son Conseil d'Orientation et plus particulièrement de sa Direction Générale. Après avoir rencontré l'administration du FSN et pris connaissance du bilan de ses réalisations, nous pouvons formuler les observations suivantes :

- Le secteur, bien que représenté au sein du Conseil d'Orientation est, pour le moment, très peu concerné par les réalisations du FSN. Il n'existe aucune entente formelle entre le MSPM et le FSN ou son département de tutelle, le Ministère en charge de la Solidarité Nationale.
- Les interventions du FSN sont réparties en trois axes dont l'un, « la gestion de l'urgence et des groupes défavorisés » aurait pu fortement intéresser ou prendre en charge des actions liées à la couverture sanitaire des populations défavorisées. Malheureusement, il n'existe pas de procédures explicites pour ce type d'intervention. Le manuel de procédures, qui sert de référence pour l'éligibilité des actions, fait l'impasse sur cet axe d'intervention du FSN.
- Le bilan des réalisations du FSN de 2005 à 2007, produit par la Direction Générale, concernant le secteur de la Santé porte sur environ FCFA 73 millions ; à l'examen des actions financées, nous nous rendons que :
 - a. Sur ce montant FCFA 57 millions ont été affectés qui n'ont aucun impact direct sur la santé publique au niveau du Sénégal ;
 - b. Les autres dépenses pour le reliquat soit FCFA 16 millions, ont été initiées par la Direction Générale au profit d'individus dont les critères de choix n'ont nulle part été définis.

Dans ces conditions, le FSN peut difficilement être mis à contribution pour le financement formel de la couverture sanitaire. De plus, les structures du MSPM habilitées à évaluer la pertinence et l'opportunité des interventions dans le secteur ne sont pas impliquées.

Dans le cadre de la recherche de ressources mobilisables pour la couverture sociale des plus démunis, nous avons approché la Direction de l'Action Sociale, qui, comme le FSN, dépend du Ministère en charge de la Solidarité Nationale.

Elle dispose d'un volume de ressources de FCFA 45 à 75 millions par an destinés à la prise en charge d'indigents. Elle offre des lettres de garantie pour ces requérants, qui sont admis dans les centres de traitements avec lesquels la Direction de l'Action Sociale a passé des Conventions : Fann, Principal, HALD, HOGGY.

En dépit du montant modeste de l'enveloppe disponible, la DAS intervient souvent en financement partiel ou complémentaire par rapport aux demandes reçues.

Toute la Direction de l'Action Sociale dispose d'un réseau national d'unités d'insertion et de réinsertion sociale, présentes dans tous les départements et qui sont habilitées à conduire des enquêtes sociales ou de ciblage. Malgré la volonté clairement définie de rationaliser ses interventions, la modicité des moyens limite ses ambitions.

Nous avons pu noter que la DAS comme le FSN interviennent dans le domaine de la prise en charge des urgences et le secours aux personnes défavorisées. Cela est un double emploi manifeste que les Autorités du Département entendent corriger sous peu en spécialisant chacune de ces deux structures.

Au niveau de la DAS, il y a d'autres ressources destinées aux personnes âgées et aux handicapés notamment. Le gros handicap à ce niveau, c'est la disponibilité des liquidités. Malgré les montants alloués, le statut juridique de la DAS ne lui permet pas de disposer des numéraires. Mais c'est souvent une exigence pour pouvoir intervenir efficacement.

Des réflexions sont en cours au niveau du Cabinet du Ministère de la Solidarité Nationale pour rendre l'intervention en faveur des cas sociaux plus efficace, plus particulièrement pour les traitements coûteux. C'est ainsi que des projets de Convention avec des structures médicales au Maroc sont envisagés.

CHAPITRE 2 :

IMPACT FINANCIER SUR LA VIABILITE A LONG TERME

2.1. INITIATIVES ACCOUCHEMENTS ET CESARIENNES

➤ **Région de Kaolack**

En ce qui concerne la région de Kaolack, seul l'hôpital a été évalué. En réalité, le coût de la césarienne estimé à 55 000 FCFA, au départ, est aujourd'hui évalué à 45 000 FCFA du fait des tarifs très bas appliqués par le Conseil d'administration (accouchement 2 000 FCFA), alors que le coût réel, grevé par le salaire des 2 gynécologues de l'hôpital et du privé recruté en vacation, sans compter les intrants du Kit de césarienne souvent achetés dans le secteur privé, hors PNA-PRA, s'élève à 65 000 FCFA dans les faits.

La situation difficile que vit l'hôpital s'ajoutant au fait que 25% des recettes sont destinées à la motivation des personnels, pourrait engendrer des difficultés pour l'exécution correcte de l'initiative, surtout que Kaolack est un carrefour qui dessert la Gambie, Thiès (jusqu'à Thiadiaye) et toute la région de Fatick.

Au niveau de l'hôpital de Kaolack, de juin 2006 à décembre 2006, l'on a effectué 402 césariennes pour un coût de 26 392 806.

De janvier 2007 à juin 2007, 319 césarienne pour un coût de 13 560 620, soit un coût total de 39 953 426, pour les factures de décembre 2006 à avril 2007 compris.

Par rapport à ces activités, le Ministère avait alloué en 2006, 37 707 000, et en 2007, 5 486 250 F CFA, soit une provision totale de 43 193 250 F CFA.

Avec des factures mensuelles d'environ 3 800 000 F CFA, la dotation de l'Etat est entièrement épuisée depuis le 1^{er} juin 2007.

➤ **Région de Thiès**

Au niveau de la région de Thiès, l'initiative de la gratuité des accouchements et des césariennes à Mbour et à Thiadiaye est perçue par les techniciens comme une grave agression contre le système de recouvrement des coûts ; elle met les structures en péril puisque les frais ne sont pas totalement recouverts.

Ce sont là les raisons qui ont fait qu'à Mbour les kits ne sont pas utilisés par le gynécologue qui reçoit le matériel des mains du médecin de district ; dès lors, il leur semble permis de demander 3 000 F CFA à la parturiente pour le prix du ticket et il lui est établi une ordonnance pour les médicaments du suivi post-opératoire.

Selon la DAGE, l'hôpital régional de Thiès a reçu, en 2006, 64 075 000 F CFA et en 2007, 27 885 000 F CFA. Le coût de la césarienne est estimé à 28 288 F CFA, sans le coût des produits d'anesthésie et celui du personnel. Aussi, pour l'hôpital, le coût facturé est de 55 000 F CFA. C'est ainsi que les 853 césariennes exécutées en 2006 et les 372 de 2007 ont été facturées à 67 375 000 F CFA, jusqu'en mai 2007.

Si au niveau des hôpitaux, il n'y a pas à proprement parler de manque à gagner du fait que les fonds sont déjà prépositionnés dans les comptes de l'établissement ; il n'en est pas de même pour les centres de santé, les SOU et les postes de santé avec maternité. En effet, à ce niveau, l'on se plaint du fait que pour l'accouchement normal dont le coût avait été estimé à 5 000 F CFA, la structure ne reçoit qu'un kit d'une valeur de 3 500 F CFA en moyenne. Pour les hôpitaux et les SOU, le coût de la césarienne est estimé à 55 000 F CFA alors que le kit fourni vaut environ 23 200 F CFA. Dans les discussions, à l'occasion des évaluations, il avait été retenu de demander à la PNA de faire des livraisons complémentaires compensatoires aux formations sanitaires qui enregistreraient un manque à gagner qui, à long terme, pourrait mettre en danger la viabilité des structures concernées.

➤ **Région de Ziguinchor**

L'hôpital de Ziguinchor a reçu pour la première année un financement de 11 055 000 francs, 16 005 000 en 2005, 20 265 000 en 2006 et 43 780 000 en 2007, selon la DAGE du Ministère de la Santé, alors que les enquêteurs font état d'une avance de 20 000 000 en 2005 et 20 000 000 en 2006. Les factures présentées par l'hôpital s'élèvent à 31 020 000 en 2005, 35 200 000 en 2006 et 12 100 000 en 2007. Si les déclarations de la DAGE sont correctes, l'hôpital doit encore 12 780 000 francs. Par contre si, comme le rapportent les enquêteurs, l'avance n'est que de 40 millions, dans ce cas, l'Etat doit à l'hôpital de Ziguinchor 38 320 000 francs CFA. En tout cas, depuis 2006, l'hôpital reçoit des kits de césariennes et a dans ce cadre, perçu 787 kits. Au coût de 55 000 francs, la valeur de la dotation est de 43 285 000. Il y a un intérêt pour le Ministère de la Santé de faire un recollement entre les sommes versées par la DAGE et les sommes effectivement reçues dans les écritures de l'agent comptable particulier de l'hôpital.

La région médicale de Ziguinchor a reçu de la PNA en kits accouchements et césariennes une valeur de 127 691 890 francs.

Les responsables de la santé pensent qu'il reste des coûts non couverts par les kits, tels que les dépenses relatives aux suites de couche et suites opératoires, mais aussi les charges des matrones et des techniciens de surface.

➤ **Région de Kolda**

Les enquêteurs n'ont pas ramené de Kolda des chiffres sur les avances reçues et les factures produites en matière de césarienne.

Selon la DAGE du Ministère de la Santé, Kolda a reçu en 2005, deux virements de 9 405 000 et 18 810 000, soit au total 28 215 000. Puis 20 625 000 en 2006 et 7 865 000 en 2007. Soit depuis le début de l'initiative 56 705 000. Si l'on retient que Kolda a exécuté en tout 737 césariennes au coût unitaire de 55 000 francs, la valeur des factures présentées par l'hôpital s'élèverait à 40 535 000 francs. Dans ce cas, l'hôpital a encore en réserve dans ses caisses 16 170 000 francs pour les césariennes de l'année 2007.

Pour les districts sanitaires de la région, la PNA a livré en kits d'accouchement la valeur de 114 085 740 francs depuis le début de l'initiative.

Si l'on se réfère au nombre d'accouchements enregistrés dans la région (4261), le coût subi au prix tarifaire de 5 500 francs l'accouchement, serait de 23 435 500 francs. Si l'on compare la valeur des kits reçus de la PNA et le coût des accouchements enregistrés, on peut se poser la question de savoir où sont passés les kits envoyés à Kolda ou alors si les données relevées par les enquêteurs ne sont pas largement en dessous de la réalité.

➤ **Région de Tambacounda**

Selon les enquêteurs, Tambacounda aurait reçu 19 104 448 francs en 2005 et 35 millions en 2006, soit 54 104 448 en tout. Or, selon la DAGE, Tambacounda a d'abord reçu 2 530 000 en 2004, puis 24 300 000 en 2005, ensuite 35 000 000 en 2006 et enfin 15 775 000 en 2007, soit en tout 77 605 000 francs. Le nombre de césariennes exécutées étant de 548, la facture s'élèverait à 30 140 000 francs. Toutefois pour les enquêteurs, les factures de 2005 à 2007 s'élèvent à 19 580 000, 20 350 000 et 9 790 000 francs, soit en tout 49 720 000 francs. Par rapport aux deux schémas possibles de recettes anticipées, 54 104 448 ou 77 605 000, l'hôpital de Tambacounda possède encore une réserve de 4,5 à 27,5 millions de francs selon le cas.

En ce qui concerne les kits d'accouchement, Tambacounda a reçu de la PNA une valeur de 130 689 360 francs. En comparant ce chiffre aux 2 349 accouchements enregistrés en 2006 et 2007 au coût de 5 500 francs l'unité, soit 12 919 500, on peut encore se poser des questions sur la fiabilité des données recueillies sur place.

Dans tous les cas, les consultants ont de visu constaté une surdotation de la région en kits accouchement, avec les risques de péremption qu'une telle mesure peut occasionner. D'ailleurs, les responsables locaux de la Santé pensent à la possibilité de soupçons de corruption et de mal gouvernance et mettent surtout l'accent sur la transparence nécessaire entre les responsables du Programme et les prestataires locaux. Il est aussi regretté le manque de ressources financières propres affectées à la gestion de l'initiative et au coût des évacuations sanitaires, par exemple entre les SOU et l'hôpital ou entre l'hôpital régional et le CHU de Dakar.

➤ **Région de Louga**

L'initiative de la gratuité des accouchements et des césariennes a été étendue dans les autres régions, comme Louga par exemple, en janvier 2006. Selon les enquêteurs, l'hôpital de Louga a reçu en 2006 un virement de 12 265 000 et a produit en 2006 et 2007 des factures de 28 050 000 et 11 275 000, soit au total 39 325 000 francs. Au regard de ces informations, il y a un déficit de 27 060 000 dans les comptes de l'hôpital.

Selon la DAGE, l'Etat aurait versé à l'hôpital de Louga 12 265 000 en 2005, 12.265 000 en 2006 et 29 040 000 en 2007, ce qui signifie que l'hôpital de Louga aurait reçu de 2005 à 2007, 53 570 000. Si cela s'avérait exact, il y aurait dans les comptes de l'hôpital un peu plus de 14.245.000 au titre des avances pour l'initiative de gratuité des accouchements et césariennes. Il semble qu'une vérification de la réalité des engagements de la DAGE soit nécessaire pour savoir avec précision si les hôpitaux sont déficitaires du fait de l'initiative gratuite des accouchements et césariennes. Louga, avec 718 césariennes en 2006 et 2007, aurait du facturer 39 325 000, ce qui est bien le cas.

➤ **Région de Saint-Louis**

Selon les enquêteurs, l'hôpital de Saint-Louis aurait reçu en 2006, 20 270 000 francs au titre de l'Initiative gratuite accouchements et césariennes et aurait produit en dépenses, deux factures de 36 000 000 et 17 936 000 en 2006 et 2007, soit un total de 53 936 000. Si cela est avéré, il y a un déficit de 33 666 000 francs dans les comptes de l'hôpital.

D'après la DAGE, l'hôpital de Saint-Louis aurait reçu 23 265 000 francs à la fin de l'année 2005, 20 270 000 en 2006 et 10 620 000 en 2007, soit un total de 54 055 000. Selon cette version, l'hôpital reste encore créditeur de 119 000 francs au passage des consultants.

Dans tous les cas, avec 1046 césariennes entre 2006 et 2007, la facture de l'hôpital devrait s'élever à 57 530 000 francs ; le déficit dans ce cas serait de 3 475 000 francs si les virements de la DAGE sont exacts et de 37 260 000 selon l'enquête in situ.

2.2. LE PLAN SESAME– PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DU 3^E AGE

➤ Région de Kaolack

En 9 mois, l'hôpital a traité 3 712 cas relevant de l'Etat et 571 cas relevant de l'IPRES pour des coûts de 33 527 151 francs d'Octobre 2006 à Juin 2007 (juin non facturé) et 5 078 953 francs (mai et juin non compris).

Les références IPRES sont passées de 140 en novembre 2006 à 44 en mai 2007. Pour le plan SESAME, l'Etat a mis en place depuis 2006 deux avances, de 50 millions en 2006 et 20 millions en 2007 et l'IPRES 20 millions. Le niveau de consommation assez modéré est dû aux tarifs très bas adoptés par le Conseil d'Administration d'une part et à la réduction de 15% sur les prix PAF très avantageux, accordée à l'IPRES, d'autre part.

Enfin, il faut noter que sur les avances reçues et consommées sont retenues 25% des recettes acquises sur le SESAME, soit plus de 8 millions sur l'Etat et 1 250 000 francs sur l'IPRES, au bénéfice du personnel.

Le Plan SESAME aide un peu à réduire les cas sociaux puisque beaucoup de personnes âgées reentraient dans cette catégorie. Les dépenses relevant du service social se sont régulièrement situées depuis 2002 à une moyenne de 45 millions par an et, pour le premier trimestre de 2007, elles se situent à un peu plus de 11 millions.

Il est évident que ce niveau confirme le marasme de l'hôpital de Kaolack dont la subvention depuis 5 ans est demeurée au même niveau.

➤ **Région de Thiès**

Comme partout ailleurs les sommes remboursées en médicaments sont nettement supérieures aux montants des factures. Aussi, le district de Tivaouane pour une facture de 311 505 francs se voit rembourser par un bon de médicaments de 500 000 francs. Ces médicaments seront vendus avec une marge de 50% et rapporteront au district 750 000 francs, soit plus du double de la facture. Thiès, avec une facture de 1 020 970 francs, reçoit en remboursement 3 000 000 francs ? Popenguine, pour 290 800 francs, reçoit 1 000 000 francs? Ce problème devra être clarifié au niveau de la Direction de la Santé.

Dans tous les cas, à la base, il y a une totale adhésion au plan SESAME et peut être c'est à ce niveau qu'il faudrait creuser pour pérenniser le système.

Au niveau technique, la Direction semble dire que les services sont débordés et parfois réticents à prendre en charge le SESAME mais il se pourrait que cette attitude soit liée aux difficultés de trésorerie de l'hôpital où l'on semble dire que les recettes au cash sont tombées de 60 millions par mois à 45 millions. Baisse de recettes égale baisse de prime pour le personnel. Mais ce point de vue ne prend pas en compte le fait que l'Etat et l'IPRES ont prépositionné 80 millions et 30 millions dans les comptes de l'hôpital, sur lesquels 90 millions seulement ont été consommés au 30 Avril 2007. En moyenne, les factures mensuelles sont comprises entre 12 et 13 millions et à cette cadence c'est à peu près 150 millions de factures annuelles de plan SESAME qu'il faudrait prévoir pour l'hôpital de Thiès.

➤ **Région de Ziguinchor**

L'euphorie de démarrage du plan SESAME au niveau de la région de Ziguinchor tant à l'hôpital de la ville que dans les centres et postes de santé, a rapidement créé l'effondrement des stocks de médicaments et l'affaiblissement de la trésorerie de l'hôpital et des comités de santé.

Malheureusement, les structures de base ne maîtrisaient pas les procédures de remboursement et les premières demandes avaient été rejetées. En parcourant l'état des remboursements en médicaments livrés par la PNA, force est de reconnaître que seuls Bignona et Thionck Essyl ont pu en bénéficier, pour 500 000 et 600 000 francs

depuis le début de l'initiative. Le district de Ziguinchor a eu un bon de 1 million qui n'a pas été livré au moment du contrôle par le consultant.

S'agissant du plan SESAME de l'Etat, l'hôpital de Ziguinchor a reçu en 2006, une dotation de 20 millions de francs CFA. Selon le bureau des personnes du 3eme age de la Direction de la Santé, Ziguinchor n'a présenté aucune facture. Selon les enquêteurs, les soins délivrés par Ziguinchor se chiffrent en 2006 et 2007 à 14 930 615, sans possibilité de savoir ce qui est reçu et ce qui est dû de la part de l'IPRES. Si ces données sont correctes, l'hôpital de Ziguinchor n'est pas débiteur pour le moment du fait du plan SESAME, même s'il faut noter le grand décalage qui existe entre l'exécution du service et la facturation. Mais pour 741 patients seulement entre 2006 et 2007, le niveau de dépense semble plausible.

➤ **Région de Kolda**

Depuis le début du plan SESAME, 75% des malades qui viennent en consultation dans les structures de santé de Kolda appartiennent à la catégorie des personnes âgées. De janvier à juillet 2007, il a été recensé 1 153 cas. En ce qui concerne les districts sanitaires, une revue des bons de commande remboursés par la PNA à la région de Kolda montre qu'aucun remboursement n'a été effectif à ce jour, même s'il y a des bons établis par la Direction de la Santé pour Kolda de 3 millions, 156 000, 135 000, 403 000 et 2 325 000 francs. Est-ce que les bons en question n'ont pas été livrés par la PRA à Kolda ? En tout cas, pour les techniciens de Kolda, les retards dans les remboursements font courir des risques sérieux sur le paiement de la prime de motivation des personnels, de même que sur les charges d'entretien et les salaires des personnels. La pharmacie de l'IB risque elle aussi de se vider de ses stocks, alors qu'on observe une baisse importante des recettes de tickets.

S'agissant de l'hôpital de Kolda, l'Etat a mis en place deux avances de 15 millions chacune, en 2006 et en 2007, soit 30 millions. Quid de l'IPRES ? Pour le bureau des personnes du 3^{ème} âge, Kolda a reçu 30 millions et a présenté une facture de 12 305 358 francs.

Pour les enquêteurs, à côté des 30 millions de l'Etat, l'IPRES a donné une avance de 7 millions et l'Etat une avance de 30 millions sur lesquels l'hôpital a présenté une facture de 8 461 955 et une autre de 15 965 037. Dans ces conditions et sur tous les aspects, l'hôpital ne semble pas être lésé par le plan SESAME.

➤ **Région de Tambacounda**

La forte demande enregistrée dans les districts de la région et les retards notés dans les remboursements risquent, selon les responsables de la région médicale, de démotiver le personnel et d'essouffler les prestataires. En ce qui concerne les districts sanitaires, une revue des bons de commande de médicaments traités au niveau de la Direction de la Santé ou livrés au niveau de la PNA, montre qu'aucun remboursement n'a été effectué pour la région de Tambacounda en 2007 et que seul Bakel aurait bénéficié d'un bon de 1 500 000 non livré par la PNA. Entre 2006 et 2007, 4 085 personnes du 3ème âge ont été vues dans les structures de la région selon les enquêteurs, mais aucune donnée financière n'a été disponible.

Si l'on se réfère au budget de l'Etat, l'hôpital de Tambacounda aurait reçu une avance de 40 millions entre 2006 et 2007, mais sa première facture de remboursement avait été rejetée pour surfacturation notamment au niveau des consultations spécialisées. Par rapport à cela, la Direction de la Santé signale toutefois l'existence d'une facture agréée de 10 millions. Le plan SESAME à Tambacounda n'a pas donc entraîné une pression déficitaire sur les ressources financières des structures de santé.

➤ **Région de Louga**

Si comme l'indiquent les données de l'enquêteur, la région de Louga a reçu des formations sanitaires 38 348 patients relevant du plan SESAME entre 2006 et 2007, on peut imaginer le poids que cette initiative a dû peser sur la trésorerie des formations sanitaires.

S'agissant des districts, Dahra et Linguère ont reçu d'importants remboursements : Linguère 2 300 000 et Dahra 6 620 000.

Les enquêteurs annoncent un pré-financement de 21 millions et 5 500 120 provenant certainement de l'Etat et de l'IPRES (20 millions et 5 millions) et des dépenses facturées de 17 440 500 et 12 244 234 en 2006 et 2007.

Les informations provenant de la DAGE font état d'un financement de 20 millions du budget de l'Etat.

La Direction de la Santé, par son bureau des personnes du 3^{ème} âge, propose un financement Etat de 20 millions et une facture agréée de 2 464 775. Il n'y a aucune information sur l'avance remise par l'IPRES. Dans tous les cas, l'initiative du plan SESAME est perçue comme un moyen de recouvrer les coûts supportés sur les cas sociaux qui se confondent dans leur majorité avec les personnes du 3^{ème} âge. La région de Louga ne semble toutefois pas trop souffrir de l'initiative financièrement.

➤ **Région de Saint-Louis**

Les centres et postes de santé de la région de Saint-Louis ne semblent pas connaître les procédures de remboursement et déclarent manquer de personnel pour ce travail. Aussi, les premières demandes déposées à la région médicale ont été rejetées, les fiches de remboursement étant mal exploitées. Ainsi, une revue des bons de commande de remboursement en médicament montre que seul le district de Saint-Louis a pu bénéficier d'un bon de 750 000 francs CFA non encore livré à la PNA (voir peut-être à la PRA). Au niveau de l'hôpital de Saint-Louis, les enquêteurs signalent un pré-financement de 40 millions et deux factures de 4 382 450 et 37 460 350 francs CFA en 2006 et 2007, sans aucune précision sur les provisions Etat ou IPRES, soit un crédit de 40 millions et un débit de 41 842 800 – solde négatif de 1 842 800.

La situation fournie par la Direction de la Santé donne un pré-financement Etat de 60 millions et une facture de 20 777 430 francs CFA. La DAGE confirme le pré-financement de l'Etat de 60 millions, dont 40 millions en 2006 et 20 millions en 2007. En tout état de cause, l'hôpital ne subit pas de contrainte financière provenant de l'initiative plan SESAME, compte tenu des données en la possession des consultants. Même si on note une très forte fréquentation, supérieure à 21 000 patients entre 2006 et 2007, le financement reçu paraît suffisant pour la prise en charge du plan SESAME.

➤ **Région de Dakar**

❖ **Hôpital A. Le Dantec**

L'hôpital A. Le Dantec a toujours été considéré comme une structure des démunis et son principal problème demeure encore celui des cas sociaux qui se présentent sans prise en charge. Le plan SESAME se présente pour les plus de 60 ans comme une alternative. En 2006, l'hôpital a pris en charge pour 75 millions de francs des frais imputables aux nécessiteux.

Comme dans tous les hôpitaux le problème de HALD est celui de la trésorerie ; sur des recettes à terme estimées entre 60 et 130 millions par mois, les salaires absorbent entre 60 et 100 millions ; sans compter qu'au dépôt des factures l'ACP précompte directement 25% au profit des personnels pour leur motivation.

Comme ailleurs, à l'HALD, l'IPRES a déposé une avance de 30 millions pour prendre en charge ses affiliés et les membres de leur famille. Au moment du passage des consultants, les personnes relevant de l'IPRES n'étaient plus admises à l'hôpital Le Dantec puisque l'ardoise de l'Institution atteignait presque 60 millions avec seulement une provision de 30 millions.

Le résultat est que ces personnes, lorsqu'elles sont éligibles au régime général du plan Sésame, utilisent alors cette voie sans chercher à faire pression sur l'IPRES. Sur ce problème, HALD et le médecin de l'IPRES ne semblent pas encore avoir trouvé de solution.

En ce qui concerne le régime général, le total des factures est de 366 480 761 sur une provision de 230 millions ; ce qui signifie qu'au 1^{er} juillet 2007, le plan SESAME Etat doit à HALD plus de 136 millions de francs CFA.

❖ **CHN de Fann**

Le premier problème rencontré dans la salle d'attente du Directeur fut celui des certificats d'indigence établis par les maires de commune, sans prise en charge – ce fut l'occasion pour l'administration de l'hôpital de nous informer des nombreux problèmes liés à ces cas sociaux qui grèvent les budgets des hôpitaux – Pour Fann, c'est presque 250 millions de factures d'indigents non recouvrées entre 2004 et 2007.

L'exécution du plan se déroule correctement : sur une provision de 150 millions pour l'Etat, les factures au 31 mai s'élèvent à 62 047 400 ; avec une moyenne de 13 millions par mois, le total consommé ne sera pas loin des 100 millions au 1^{er} août 2007.

En ce qui concerne l'IPRES, il y a une convention avec un tarif préférentiel comportant 20% de réduction sur le tarif particulier à ses frais, lequel est égal à la moitié du tarif des paiements à terme tels que imputation budgétaire et autre lettre de garantie. Sont pris en charge, les affiliés de l'IPRES âgés de 55 ans à plus de 60 ans et les membres de leurs familles.

Au 30 juin 2007, l'IPRES a consommé 18 676 100 sur les 30 millions mis en place en fin 2006.

Le CHN de Fann est le seul hôpital où l'initiative ne semble pas poser de problème alors que globalement, il souffre du déséquilibre né du poids de la masse salariale, surtout à la suite des décisions de hausse prises par l'Etat pour la fonction publique et les professeurs d'Université.

❖ **Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY)**

HOGGY a reçu une provision de 160 millions de l'Etat et jusqu'au 30 avril 2007, la consommation est de 107 991 305 de francs CFA; avec une moyenne de 18 millions par mois comme observé entre février et avril, la situation au 31 juillet serait proche de 162 millions.

En ce qui concerne l'IPRES, c'est le même schéma que dans les autres hôpitaux, avec un tarif préférentiel largement inférieur à celui des particuliers à leurs frais ; ex : consultation spécialisée : 6 000 pour le normal, 4 000 pour le SESAME et 3 200 pour l'IPRES.

L'IPRES a déposé une avance de 30 millions et les dépenses au 30 avril se situent à 23 348 835 francs. Avec un niveau de consommation de 4 millions par mois, le cumul au 31 juillet est estimé à 35 millions environ. Ce qui veut dire que les dépôts seront entièrement consommés au 1^{er} août 2007.

Mais le problème de HOGGY est un problème structurel qui mérite qu'on s'y attache. En effet, historiquement l'Etat avait placé avant la réforme cette structure dans une position de semi autonomie. Au fil des ans, HOGGY s'est organisé en recrutant des médecins de qualité, en achetant du matériel, en aménageant ses locaux de façon à répondre à la demande des clients.

Puis vint la réforme avec les exigences de la tutelle sur l'harmonisation des tarifs. Le résultat, c'est un déficit structurel de 650 millions lié à la réduction des tarifs.

Les recettes de l'hôpital sont entièrement absorbées par les salaires. Si l'Etat ne fait rien voilà un hôpital qui va perdre son label d'excellence, en perdant ses médecins de qualité et ses clients exigeants.

Le plan SESAME ne peut que précipiter la chute du fait de la réduction des tarifs et de l'augmentation de la demande. Si en plus, la provision s'épuise, on imagine la catastrophe.

❖ **Hôpital Principal de Dakar**

Du point de vue technique, c'est surtout les services de Cardiologie qui sont encombrés.

L'hôpital ne fournit pas de médicaments puisqu'il commande des spécialités hospitalières.

Dans la pratique, il a été constaté que des clients très nantis utilisent le Plan SESAME pour se soigner, ce qui dans l'esprit est une dérive ; alors que des personnes très pauvres qui n'ont pas l'âge de 60 ans constituent des cas sociaux dramatiques.

Les factures non recouvrées sur les urgences insolvables atteignent 700 millions. Pour l'exécution du Plan SESAME, l'Etat a pré positionné 150 millions depuis Décembre 2006 et au 30 Juin 2007, on note 139 765 483 francs de factures pour les soins externes et 125 168 865 francs CFA pour les hospitalisations, soit un total de 264 934 348 francs.

Aussi, si rien n'est fait au 2^{ème} semestre de 2007, le problème risque de compromettre la continuité de l'admission du Plan SESAME à l'accès à Principal.

En ce qui concerne le Plan SESAME, il y a des arrangements spécifiques de compensation entre l'IPRES et HPD, de telle sorte qu'il n'est pas possible de faire le point de façon exhaustive.

Trois factures des 11,30 mai et 29 juin déposées auprès de l'IPRES font 58 731 588 francs.

❖ Le Centre de Gérontologie de Ouakam

Le centre de santé de Ouakam, situé dans le District Sanitaire Ouest de la ville de Dakar est une structure polyvalente qui abrite le Centre de Gérontologie de Ouakam.

Comme le prévoit le plan SESAME, le centre de santé offre les services définis dans le paquet minimum comme première structure de référence des postes de santé, consultations, examens et analyses complémentaires et médicaments ; dans ce cadre, il polarise toute la population de Ouakam, mais aussi de Mermoz.

Cependant, ce centre a la particularité d'être aussi un centre de gériatrie et de gérontologie, dirigé par un Médecin spécialiste qui a longtemps été le rapporteur du comité technique chargé de l'élaboration de la carte prioritaire SESAME en faveur des personnes âgées. Aussi, le centre est fréquenté essentiellement par des personnes âgées qui constituent 60% de sa clientèle. Il reçoit environ 800 clients par mois, avec une moyenne de 25 personnes par jour ouvrable uniquement constituées de bénéficiaires du plan SESAME.

Le centre reçoit des malades référés par l'hôpital de Fann ou par l'hôpital Principal, sans compter les évacués provenant de Kébémér, Diourbel, Touba, Matam, etc.

Le centre a traité au cours de l'année plus de 198 accidents vasculaires cérébraux (AVC), ce qui a renforcé sa vocation de prestataires de soins et visites à domicile, notamment pour les personnes âgées après leur hospitalisation dans la structure.

Le centre de santé est en droit une structure appartenant à la ville de Dakar, de laquelle, il reçoit une subvention annuelle de médicaments d'une valeur de 2 millions.

On imagine aisément les dégâts que le plan SESAME a causés à une telle structure qui ne vivait que par le système de recouvrement des coûts et qui doit aujourd'hui traiter plus de 60% de ses patients gratuitement, sans remboursement immédiat et sans budget. Seule une facture de 2 500 000 francs CFA a été remboursé à cette formation par le plan SESAME, et en médicaments depuis Septembre 2006.

Compte tenu du temps d'écoulement des produits pharmaceutiques et du fait que la majeure partie des clients sont des personnes âgées de plus de 60 ans, le centre éprouve beaucoup de problèmes de trésorerie et ne réussit plus à acheter ses réactifs, ses produits d'entretien, ses fournitures de bureau. Le Médecin chef a suspendu depuis le début du plan, les primes de motivation destinées aux personnels, avec le risque de les décourager à long terme.

Du point de vue technique, le centre dispose d'équipements modernes tels que Coulter et échographie, mais il reçoit également en vacation des spécialistes qui, à terme, pourront y pratiquer la chirurgie, l'urologie et l'ophtalmologie. Deux fauteuils dentaires y sont disponibles.

Tout ceci pour dire que le Ministère de la Santé a le devoir d'aider cette structure à se développer, à l'instar de ce que l'IPRES fait pour son centre médical de Dakar car seuls les centres de l'IPRES et le centre de Ouakam sont des centres de référence en gériatrie et gérontologie au niveau de la capitale.

Le Ministre de la Santé, en collaboration avec la ville de Dakar doit renforcer le centre de Ouakam, comme le suggère le Président dans son discours car il ne doit pas imaginer pour la référence de la pyramide sanitaire en gérontologie et en gériatrie utiliser le centre privé de l'IPRES qui n'est pas ouvert aux personnes non allocataires de l'institution.

Dans le même sens, il ne paraît pas normal de soumettre ce centre à la règle du remboursement par médicaments puisque la majorité de sa clientèle appartient aux personnes du 3^e âge et qu'il ne dispose pas de budget propre.

Aussi, il est suggéré de lui octroyer, comme les hôpitaux, une avance pour la prise en charge des bénéficiaires du plan SESAME. L'Etat a intérêt à développer et renforcer sa propre structure de référence pour le soutien du plan SESAME au lieu de vouloir compter sur un établissement privé comme l'IPRES.

La position du Centre de Gérontologie de Ouakam lui confère des avantages certains en matière d'accessibilité et surtout de proximité avec l'Université de Dakar, le Ministère de la Santé publique et l'Aéroport Léopold Sédar Senghor. C'est la raison pour laquelle, il est la structure privilégiée pour l'accueil medico psychologique des rapatriés et autres évacués sanitaires venant de l'extérieur.

En matière d'espace et de locaux, le centre dispose d'aménagements techniques modulables et de vastes terrains pouvant accueillir l'implantation de nouveaux services.

Conclusions

Les remboursements des prestations des hôpitaux pour les césariennes et pour le plan SESAME par préfinancement dans leurs comptes constituent pour ces formations sanitaires un gros avantage :

1. En ce qui concerne les césariennes, le montant du remboursement qui est de 55 000 francs paraît être trop élevé puisque la valeur du kit de césarienne ne dépasse pas 29 000 francs CFA. Pour les hôpitaux qui reçoivent une subvention de l'Etat pour leur fonctionnement et une prise en charge de la majorité de leur personnel, il ne paraît pas logique de facturer les frais connexes de l'acte chirurgical à 26 000 francs CFA, d'autant que des structures comme Guédiawaye pratiquent des césariennes à un coût n'excédant pas 20 000 francs CFA ; le paquet de services de la césarienne incluant cinq jours d'hospitalisation, on doit admettre dans tous les cas que les hôpitaux s'en sortent toujours gagnants.

Dans les recommandations relatives à cette initiative, le préfinancement total à 55 000 francs l'acte, devrait être remplacé par la fourniture d'un kit de qualité et un complément monétaire dont le niveau serait modulé suivant l'hôpital, le plateau technique et le personnel utilisé.

Dans tous les cas, il y a une nécessité de négocier avec les hôpitaux dans le cadre d'une convention où sont décrits les services attendus, de façon synallagmatique.

2. Pour ce qui concerne le plan SESAME, le hic dans ce genre de transaction est, qu'il est difficile de s'opposer à une justification même si l'on y décèle des éléments de controverse, et qu'il est nécessaire par ailleurs, d'en faire un suivi et une évaluation très précis impossibles à réaliser dans le cas des prestations offertes par les hôpitaux.

On n'est jamais assuré d'avoir des prestations de qualité complètes et efficaces si on ne prévoit aucun lien entre le paiement et la satisfaction. C'est donc là une

raison de plus pour ne payer qu'après service fait et pour que la gestion des fonds soit confiée à un tiers payant en dehors de l'Etat.

Le dossier de remboursement devra comprendre au moins un élément de liquidation dans lequel le bénéficiaire aurait certifié avoir reçu le service facturé.

Ce qui n'est pas le cas dans le cadre des dossiers présentés en remboursement (précompte) du plan SESAME.

En réalité, les deux systèmes de remboursement ne sont pas indifférents au succès des initiatives qu'ils supportent et il ne serait pas étonnant de voir l'une exploser et l'autre s'éteindre du fait de leur alimentation financière.

3. C'est enfin le lieu de se pencher sur les risques que des programmes de ces types .peuvent engendrer ou rencontrer :

Le risque, défini³⁵ comme la probabilité que ne surviennent au cours du cycle de vie d'un programme/projet des événements critiques susceptibles d'en affecter négativement les objectifs, le bien-fondé, l'efficacité et la pérennité est un paramètre de gestion qu'il faut nécessairement intégrer dans le management des initiatives sous revue.

En effet, à cause du caractère inédit et des délais relativement courts dans lesquels elles ont été préparées, la mise en œuvre des initiatives de gratuité des accouchements et césariennes, de même que le Plan SESAME ont dû faire face à certains aléas (hasards) liés aux hypothèses qui ont dû être adoptées et qui par la suite, se sont avérées plus ou moins favorables. Parmi ces facteurs de risque, les plus importants à notre avis sont ceux liés à une mauvaise appréciation ou anticipations des situations suivantes : champ/envergure des initiatives, le financement requis, la qualité du management opérationnel.

³⁵ Réf. Définition de l'AFNOR dans le Dictionnaire du Management de Projet (DMP).

➤ **Le risque lié à l'envergure des initiatives**

En ce qui concerne les A/C, l'estimation du nombre de bénéficiaires a été faite sur des bases très conservatrices et chronologiquement insuffisantes. Pour la première dotation des structures en kits d'intervention, le Comité, chargé de gérer ces initiatives, s'est basé sur les données des six premiers mois de 2004. Il aurait fallu, pour plus de pertinence, tenir compte de deux autres facteurs : la progression des interventions et l'afflux probable de la demande du fait de la gratuité. En réalité, l'initiative des A/C a rapidement pris de l'ampleur du fait de l'incapacité ou du refus des prestataires d'appliquer rigoureusement des critères sélectifs : domiciliation locale et nationalité. Au niveau des régions frontalières, les populations des pays limitrophes ont pu bénéficier de ces gratuités.

Pour le plan SESAME, aucune estimation sérieuse du nombre de bénéficiaires n'a pu être faite du fait de l'imprécision du ciblage et du manque de données statistiques sur la tranche d'âge concernée³⁶.

Ces insuffisances dans la documentation de référence n'ont pas permis de maîtriser le volume des prestations inhérentes à ces initiatives. En conséquence, les prestataires se sont brusquement retrouvés avec un afflux de demande sans contrepartie en termes de renforcement de moyens et de capacité pour y faire face.

Le plan SESAME a généré quelques frustrations pour les autres segments de la demande qui voient leur accessibilité au personnel soignant réduite et la disponibilité des médicaments (notamment ceux de l'IB) menacée.

³⁶ Les statistiques nationales comme celles de l'OMS se réfèrent à la tranche d'âge 65 ans et plus.

➤ **Les risques liés à une insuffisante préparation et définition des initiatives.**

Ces initiatives ont été marquées par de nombreuses zones d'ombre et d'imprécisions qui ont pu en rendre leur application incontrôlée et sujette à des dysfonctionnements et des abus de toutes sortes.

- Absence d'une procédure claire, validée et suivie. Les différentes étapes annoncées dans les procédures de mise en œuvre aussi bien des A/C que du Plan SESAME se sont avérées incomplètes et peu explicites. Aussi bien les bénéficiaires³⁷ que les prestataires n'ont suffisamment été informés des formalités exigées. Il s'en est suivi beaucoup d'interprétations divergentes sur les modes et étapes de remboursement de même que sur le plateau de gratuité. Certains abus dénoncés dans le cadre du Plan SESAME (sur fréquence des consultations, exigences pour des prises en charges coûteuses (scanner et bilan notamment), le non respect de la pyramide sanitaire, la bureaucratie excessive, etc.
- Absence d'un dispositif de suivi-évaluation qui aurait permis de surveiller les indicateurs clés d'ordre financier (dépenses effectives, dépenses éligibles, financements, réalimentation des avances et remboursements selon les cas) et d'ordre technique (mouvements approvisionnement en kits et de leurs utilisations).
- Absence d'un dispositif de contrôle interne des initiatives : contrôle technique portant sur les quantités mouvementées entre les différents acteurs, contrôle sur la qualité des kits et leur conformité aux indications du Comité de pilotage, contrôle sur les mouvements financiers et sur les justifications de dépenses.

³⁷ Cela sera certainement confirmé dans la seconde partie de la présente étude qui va être consacrée aux bénéficiaires.

➤ **Les risques liés à la qualité du management de ces initiatives**

- Les A/C comme le Plan SESAME³⁸ ont été mis en œuvre sans être accompagnés d'un corpus de textes réglementaires qui aurait permis de prévenir la plupart des équivoques, malentendus et autres sources de confusion. La plupart des acteurs rencontrés ont déploré un déficit de communication.
- Les évaluations de contrôle systématique et périodique ont fait défaut au point que les tendances lourdes ont commencé à s'installer et à menacer l'équilibre des prestataires : insuffisance et lenteurs des remboursements.
- Certaines entités, du fait de l'absence d'un suivi efficace, ont négligé leurs obligations.
 - La PNA n'a pas respecté complètement les termes de l'entente (formalisés ou non) avec le MSPM notamment en ce qui concerne la compensation de la perte du ticket modérateur par les prestataires comme les centres et postes de Santé ;
 - Les EPS ont pu, par le système mis en place sans précision de délai, utiliser à leur guise ou convenance les préfinancements reçus. A ce niveau, aucun recoupement n'est fait pour rapprocher les justifications des dépenses, des montants réellement encourus. Cette faille dans le dispositif managérial met ces prestataires dans la position de détourner les ressources avancées de leur objectif.
- Les estimations financières concernant aussi bien le niveau de financement requis que son schéma de couverture ne semblent pas avoir été bien anticipées. Au cours de la revue documentaire, nous n'avons pas eu connaissance de l'existence de telles projections et simulations. Ainsi, le MSPM s'est trouvé dans l'incapacité de justifier les montants de ses requêtes budgétaires lors des conférences annuelles d'arbitrage. Cela conduit à la reconduction mécanique d'année en

³⁸ Les textes de base (décret ou arrêtés d'application ou d'institution des structures de gestion) sont encore dans « le circuit » ou simplement inexistant au moment du passage de notre mission.

année des mêmes montants qui ne sont basés sur aucune hypothèse explicite de nombre de bénéficiaires ciblés ou d'ensemble de prestations exonérées totalement ou partiellement. Il n'y a eu aucune tentative de concilier les possibilités du financier de ces initiatives (l'Etat en l'occurrence) avec les exigences de leur mise à une certaine échelle (à définir). Ainsi quand on entend le Premier Ministre promettre avec générosité. de porter l'enveloppe du Plan Sésame de 700 millions à 1 Milliard de francs, on ne peut que rester perplexe car en un an les dépenses ont dépassé 1,5 Milliards de francs CFA.

➤ **Le risque financier encouru par les prestataires du District de Kédougou**

1. Présentation du district

Le district de Kédougou qui se confond avec le département du même nom, occupe la partie sud-est de la région administrative de Tambacounda et il couvre une superficie totale de 16 896 km²;

Il est limité :

- au nord, par le département de Bakel,
- au sud, par la République de Guinée (contreforts du Fouta Djalon),
- à l'est, par la République du Mali dont il est séparé par le fleuve Falémé,
- à l'ouest, par le département de Tambacounda avec lequel il partage le parc national de Niokolokoba .C'est donc un district très frontalier avec un brassage très important des populations du Mali et de la Guinée.

La population de Kédougou, selon le dernier recensement de l'onchocercose réactualisé, est de 107 437 habitants. C'est une population essentiellement rurale, la densité moyenne est de 6 hbts /km² avec des villages faiblement peuplés éparpillés, laissant de grands espaces entre eux.

Le district compte :

- 1 centre de santé,
- 16 postes de santé,
- 70 cases de santé dont 60 fonctionnelles dont 4 nouvellement créées,
- 10 maternités rurales,
- 1 village de reclassement de lépreux,
- 2 officines privées,
- 1 dépôt de pharmacie villageois (à Saraya).

Les priorités sanitaires du District sont les suivantes :

- Lutte contre le paludisme en particulier chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes,
- Le programme élargi de vaccination,
- Lutte contre la mortalité maternelle (SOU/SOUB),
- Lutte contre les IST/SIDA,
- Planification familiale,
- Lutte contre les pratiques néfastes,
- Lutte contre la malnutrition,
- Lutte contre la lèpre et la tuberculose,
- Lutte contre la cécité,
- Maintien des acquis dans la lutte contre le vers de guinée et l'onchocercose.

2. Evolution des comptes Recettes-Dépenses du Comité de Santé

La région de Tambacounda a été choisie pour faire partie des premières localités en ce qui concerne le lancement de l'initiative « Gratuité des Accouchements et Césariennes ». C'est ainsi que dès 2005, les effets de sa prise en charge par les structures sanitaires du district de Kédougou ont commencé à se faire sentir.

**Tableau 7 : Compte de recettes-dépenses comparées - Second Trimestre 2004
Second Trimestre 2005 En F CFA courants**

POSTES	2° Tr. 04	2° Tr. 05	2° Tr. 06
Recettes trimestrielles totales	9 871 985	7 957 337	11 038 277
<i>Dont :</i>			
<i>Consultations prénatales</i>	323 200	337 550	360 100
<i>Accouchements</i>	369 900		
<i>Médicaments</i>	5 302 095	4 044 269	5 693 357
<i>Echographie</i>	375 000	595 000	335 000
Dépenses Trimestrielles totales	8 367 248	7 485 076	11 814 435
Variation de trésorerie du trimestre FCFA	1 504 737	472 261	- 776 158
<i>Relative en % de n-1</i>		-69%	-264%

Source : données fournies par le district sanitaire de Kédougou et compilées par les Consultants.

Comme le montre le tableau ci-dessus, la situation nette de trésorerie s'est continuellement dépréciée avec l'entrée en vigueur de l'initiative A/C. On est passé d'un excédent de trésorerie périodique de FCFA 1,5 millions à un déficit de FCFA 776 158. Cette situation est en partie imputable à la stagnation voire la perte de recettes sur les postes indiqués ci-dessus.

Le constat peut être fait, toute chose égale par ailleurs, que l'initiative de gratuité des A/C a négativement impacté sur les comptes financiers du district de Kédougou. Ceci est de nature à menacer l'équilibre financier à terme de ce district.

3. Evaluation

Les déficits constatés à chaque période vont avoir pour effet de dégrader les réserves de trésorerie du District et d'en réduire la marge d'autofinancement. Ces déficits risquent même de s'aggraver avec la prise en charge de cette autre initiative de gratuité qu'est le plan SESAME. Il faut donc se rendre à l'évidence que ce district, comme probablement tant d'autres, pourra difficilement supporter durablement cette situation de déséquilibre financier qui tendra à devenir structurel dans le contexte actuel de gestion administrative et financière de ces initiatives. D'ailleurs, au moment du passage de notre mission, nous n'avons relevé aucun remboursement de frais au profit du district de Kédougou dans le cadre du Plan SESAME.

PARTIE IV

REVUE DES EXPERIENCES

Cette revue est principalement basée sur les travaux de Ricardo Bitran et Ursula Giedion, de la Banque Mondiale (Social Protection Unit/human development Network) « *Wavers and Exemptions for Health Services in developing countries* » March 2003. Dans cette publication, la revue des expériences a concerné les pays suivants : le Kenya, le Cambodge, le Ghana, le Zimbabwe, l'Indonésie, la Thaïlande, le Chili.

4.1. Problématique

L'importance des objectifs liés à la qualité de la santé publique dans les pays en développement n'est plus à démontrer. Que ce soit les OMD ou les DSRP, la majorité des objectifs ciblés concerne le secteur de la Santé. Pour la Banque Mondiale « la pauvreté est à la fois la cause et la conséquence d'un mauvais état de la Santé ».

Cependant, les pays engagés dans la lutte contre la pauvreté sont pris dans un dilemme : préserver l'accessibilité financière des soins de santé aux plus démunis dans un contexte de généralisation de la tarification à l'utilisateur qui constitue une part de plus en plus importante du financement du secteur.

Pour la BM qui reconnaît que la tarification peut constituer un frein à l'accès des pauvres aux soins de santé, il faut penser à mettre en place concomitamment un dispositif viable de gratuité et d'exonérations.

Par gratuité, il faut comprendre qu'il s'agit d'un droit accordé à un individu lui conférant l'avantage de bénéficier de soins de santé gratuits ou en partie dans certaines structures sanitaires. La dispense de paiement (totale ou partielle) est appliquée à certains services. *Personne de paie pour ce service*³⁹.

D'aucuns soutiennent que le système basé sur la participation du bénéficiaire au coût combiné avec un système adéquat de gratuités et de dispenses peut aider à orienter les subventions dans le secteur de la santé vers les pauvres. Cela demande

³⁹ Si paiement, il y a, c'est au même prix réduit (subventionné) pour tout le monde.

que des conditions soient remplies : ciblage correct et mise en place de mécanismes de protection du dispositif pour éviter qu'il ne profite à des non pauvres.

➤ **Le ciblage**

Il porte sur l'identification des pauvres qui sont censés bénéficier des régimes de faveur dans un système généralisé de participation des utilisateurs aux coûts des soins de santé.

Quatre méthodes sont habituellement utilisées : l'identification individuelle, le ciblage catégoriel ou de groupe, l'auto identification, l'auto sélection par type de prestation.

- ***L'identification individuelle.*** Elle est basée sur une évaluation de capacité individuelle à payer ou de l'indigence en prenant en compte certains critères. Elle est généralement conduite par un service social.
- ***Le ciblage de groupe.*** Selon cette méthode, c'est toute la population d'une zone réputée pauvre qui devient bénéficiaire des avantages. Le fait de conférer aux non pauvres de la région les mêmes avantages est reconnu et accepté, à cause de la faible proportion que ces derniers représentent dans la population considérée.
- ***L'auto identification.*** C'est un procédé moins coûteux dans la mesure où ce sont les personnes qui, de leur propre chef, font la demande pour bénéficier des régimes de faveur.
- ***L'auto sélection en fonction de la nature des prestations.*** Il s'agit d'exonérer de coût les prestations de santé essentiellement demandées par les pauvres pour diverses raisons particulières : situation économique, géographique, épidémie, etc.

➤ **La mise en place d'un système de gratuités et de dispenses**

Cela suppose la prise en charge correcte de certaines problématiques.

- Les ressources financières disponibles. La réussite du dispositif est bien évidemment liée à la question de son financement. Car si les bénéficiaires des prestations sont partiellement ou totalement exonérés de charges, la fourniture de ces prestations a un coût dont il faut assurer la couverture pour éviter qu'il ne soit plus disponible.

- Quelles cibles, quelles prestations sont concernées ?
 - Quelles méthodes de ciblage pour octroyer les avantages ?
 - Qui accorde les gratuités et les dispenses ?
 - Les acteurs sont-ils bien informés ?
 - Comment sont identifiés les bénéficiaires : procédures, pièces, cartes ?
 - Durée de la gratuité ou des dispenses
 - *Du côté des prestataires et des chargés de la mise en œuvre :*
 - Les prestataires sont-ils effectivement et suffisamment dédommagés de leurs pertes de revenus ? Par quels mécanismes ?
 - Les compensations arrivent-elles à temps ?
 - Existe-il un dispositif de suivi des paiements effectués, gratuités et dispenses accordées ?
 - Du côté de la demande ?
 - Dans quelle mesure l'initiative a été promue auprès des cibles ?
 - L'impact social ?
 - Quelles mesures pour dissuader ceux qui essaieraient de profiter indûment du dispositif ?
- **Protection du dispositif :** une fois en place, le dispositif a besoin d'être protégé afin de prévenir les dysfonctionnements et les déviations qui pourraient entraver son efficacité et le condamner à terme. C'est pourquoi, il doit s'accompagner d'un système de suivi-évaluation qui permette de renseigner régulièrement sur l'effectivité des mesures, leur efficacité, les effets sur la cible et les objectifs recherchés, les effets connexes prévus ou non, les impacts, etc.

4.2. Leçons tirées des expériences

Les pays⁴⁰ qui ont tenté de mettre en place un système de gratuités et de dispenses ont, dans l'ensemble, connu des difficultés dans les domaines suivants :

- Le suivi-évaluation systématique du dispositif, de ses effets et ses conséquences. Bien souvent, ce suivi-évaluation a été le produit d'études ad hoc.
- A quelques exceptions⁴¹ près, le manque ou l'insuffisance de ressources publiques affectables à la compensation des moins values financières encourues par les prestataires des soins de santé faisant l'objet de la gratuité ou des dispenses.
- Le manque de clarté et de précision dans la définition des critères d'éligibilité au bénéfice des gratuités et des exemptions.

Les principaux facteurs explicatifs du succès des dispositifs de gratuité sont les suivants :

- La bonne planification stratégique, structurelle et opérationnelle de l'initiative. Les pays comme la Thaïlande et l'Indonésie qui ont bien planifié leurs dispositifs ont connu plus de réussite que ceux (Ghana, Kenya, Zimbabwe) qui l'ont plus ou moins improvisé.
- Le facteur clé de succès de tout dispositif de gratuités et de dispenses demeure la question de son financement.
 - Les pays dont le système de gratuités est accompagné d'un mécanisme de compensations des moins values pour les prestataires (comme cela est le cas en Thaïlande, au Cambodge et en Indonésie) ont connu plus de réussite que ceux (comme le Kenya) où le prestataire est laissé à lui-même.
 - Ces compensations doivent aussi parvenir à temps et en intégralité aux prestataires.

⁴⁰ Il s'agit bien entendu des expériences analysées ici par les auteurs. Voir supra.

⁴¹ Le Chili et le Cambodge.

- Les autres facteurs de succès peuvent être résumés comme suit :
 - Une large diffusion au niveau de la cible surtout du contenu du dispositif (le paquet gratuit ou exonéré) et de la procédure pour en bénéficier.
 - L'octroi comme au Cambodge, de subventions complémentaires pour couvrir les frais connexes au bénéfice des éléments du dispositif : frais de transport, de restauration voire d'hébergement.
 - L'existence de critères d'éligibilité clairement définis pour éviter toute interprétation qui peut être source de confusion au niveau de ceux qui sont chargés de gérer ou de mettre en œuvre le dispositif.
 - Les pays qui décident d'initier un dispositif de gratuité et ou d'exemption ont le choix entre plusieurs schéma de conception. Ils doivent toutefois se déterminer par rapport aux principales problématiques suivantes entre autres :
 - Le ciblage⁴² des bénéficiaires doit-il s'opérer sur une base individuelle ou de groupe ?
 - La gratuité et les dispenses doivent-elles être permanentes ?
 - Quelle devrait être la fréquence de la réévaluation de l'éligibilité des bénéficiaires ?
 - A quel moment devrait-on déterminer l'éligibilité ; ex-ante au sein des ménages ? au moment de solliciter les avantages du dispositif auprès des structures de santé ?

Il n'y a pas de solutions tranchées ou universelles à ces problématiques reconnaissent Bitran et Giedion en conclusion de leur étude.

⁴² La revue réalisée par les auteurs a montré que la plupart des pays ici concernés avaient opté pour un ciblage individuel.

4.3. Cas du Ghana

En 1985, la Loi 1313 permit au Gouvernement de formaliser sa politique tarifaire des soins de santé. Cette fameuse loi rendait pratiquement toutes les prestations payantes et suggérait le recouvrement intégral du coût du médicament.

La loi contenait également des dispositions de gratuité en faveur des « paupers » sans toutefois que ce concept soit clairement défini. Elle étendait aussi le bénéfice des gratuités aux travailleurs de la santé. Depuis sa promulgation, les décideurs politiques se sont employés à élargir le champ des éligibles aux gratuités. Le ciblage des bénéficiaires reposait sur plusieurs méthodes : sélection individuelle, ciblage par groupe, par type de prestation. Des enquêtes personnelles étaient également menées par des travailleurs sociaux. Les structures opérationnelles étaient remboursées des frais encourus à cause des gratuités et des dispenses à travers le circuit : administration centrale, région médicale, district et unités opérationnelles.

Les résultats d'un tel dispositif se sont avérés catastrophiques du point de vue de l'impact des mesures de gratuité. D'abord, on a assisté à une inflation des tarifs qui ont alors atteint des niveaux nettement supérieurs au barème officiel. La pratique des « dessous de table » est devenue courante pour palier la perte de revenus⁴³ cash.

Bien qu'il n'y ait pas eu de suivi-évaluation systématique, des enquêtes menées dans quelques régions⁴⁴ ont montré le faible niveau d'application des gratuités. Le nombre des bénéficiaires était inférieur à 1% du total des patients et la principale raison de leur éligibilité était leur appartenance au corps médicale. D'autres études montrent que les prestataires sont peu enclins à accorder le bénéfice des gratuités et continuent à facturer des prestations pourtant officiellement et universellement exonérées. Sept raisons ont été identifiées pour expliquer le peu de succès du dispositif : le ciblage imprécis et mal compris des prestataires ; le déficit de communication a pénalisé beaucoup de bénéficiaires potentiels ; le manque de

⁴³ Il faut noter qu'au Ghana, à ce moment, les revenus tirés de la facturation des services représentent 66% et 80% respectivement des revenus non salariaux des centres de santé et des hôpitaux publics.

⁴⁴ A l'instar de celle conduite dans la région du Volta en 1999.

moyens d'identification des bénéficiaires au sein de structures ; le manque de supervision et suivi-évaluation systématique ; les difficultés de remboursement ; la trop forte dépendance des structures de santé par rapport aux produits des prestations payantes ; les dérives qui font que certaines catégories non ciblées puissent bénéficier du dispositif.

De l'expérience ghanéenne, les auteurs tirent les principales leçons suivantes :

- L'insuffisance des ressources pour le remboursement des prestataires ;
- Le conflit d'objectifs au niveau des prestataires : protéger les pauvres et faire face aux dépenses de la structure ;
- Les lourdeurs administratives provoquant des lenteurs intolérables dans les remboursements ;
- Le déficit de communication entre le niveau central et le niveau périphérique chargé d'appliquer les mesures de gratuité et le manque de formation du personnel opérationnel sur les procédures du dispositif ;
- L'attitude défavorable des travailleurs dans les structures de soin qui assimilent ces gratuités à une perte de revenus ;
- Le déficit d'information des potentiels bénéficiaires ;

4.4. Expérience de la Mauritanie⁴⁵

Le forfait obstétrical pour contribuer à lutter contre la mortalité maternelle.

- Le principe : basé sur le principe

Dans le cadre d'un programme tourné vers l'amélioration des soins maternels, a été mis en place depuis 2002, un dispositif innovant pour la prévention de la mortalité maternelle et périnatale. Le principe repose sur une mutualisation du risque obstétrical : toute patiente qui adhère au forfait obstétrical (la cotisation est de 5 500 UM – environ 15 euros – 10 000 FCFA) est prise en charge médicalement au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. La prise en charge prévue pour chaque grossesse comporte ainsi quatre consultations prénatales, un

⁴⁵ Ces développements sont tirés de la plaquette de présentation du forfait obstétrical disponible à l'adresse : http://www.france-mauritanie.mr/article.php3?id_article=323

bilan biologique, une échographie, l'accouchement normal ou compliqué y compris la césarienne, le transfert en ambulance vers la maternité de référence, l'hospitalisation ne nécessitant pas de gestes de réanimation et la consultation postnatale.

Son extension à l'ensemble des Moughataas de Nouakchott la capitale et à trois régions de l'Est du pays a été réalisée à fin 2006. Les résultats sur les trois métropoles régions que sont Kiffa, Aioun et Nema se présentent comme suit :

Tableau 8 : Résultats des accouchements assistés dans trois métropoles régions

	KIFFA	AIOUN	NEMA
Accouchements assistés dans la Moughataa en 2004	41%	23%	18%
Accouchements assistés dans la Moughataa en 2006	62%	50%	42%

Source : <http://www.france-mauritanie.mr>

A ce jour, le forfait obstétrical est considéré par les autorités mauritaniennes et par l'ensemble des partenaires comme un réel succès.

Le projet maternité sans risque a mis en oeuvre une stratégie dénommée «forfait obstétrical» au mois de novembre 2002 pour une population représentant le tiers de Nouakchott (Sebkha et El Mina), puis à Arafat en 2004. Cette mise en oeuvre a permis au projet d'acquiescer une autonomie financière totale et d'en faire un modèle pour l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence à l'intérieur du pays.

4.5. Forfait accouchement au district sanitaire de Guédiawaye⁴⁶

Origine du projet

Le Gouvernement du Sénégal, avec l'appui de ses partenaires, a placé la santé de la reproduction au centre de ses préoccupations. La lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale y est une priorité sanitaire. Mais, lorsque la disponibilité des soins existe l'accessibilité financière peut faire obstacle. Un grand nombre de femmes rencontrent de graves difficultés pour payer des soins dus à des complications de l'accouchement tels que la césarienne. Cela peut être source de retard à la prise en charge aggravant la mortalité et la morbidité maternelle et/ou néonatale.

Il a été montré par ailleurs que les populations sont prêtes à participer financièrement si l'offre de soins est de qualité. En effet, « la qualité apparaît, à côté du prix, comme une variable déterminante dans l'explication de la demande de soins ».

L'objectif principal du projet « Forfait Accouchement » est de favoriser la diminution de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale en améliorant l'accès de la grande majorité des femmes aux soins obstétricaux d'urgence complets par une tarification acceptable, équitable et solidaire des soins obstétricaux coûteux tout en améliorant leur qualité.

En effet, si la demande de soins dépend du volume et de la qualité de l'offre de soins et des moyens financiers dont disposent les malades, elle dépend aussi de la tarification des soins. Les femmes devant subir une césarienne sont confrontées à des problèmes de disponibilité financière immédiate. A leur tour, les structures sanitaires ayant des difficultés à équilibrer leurs finances rencontrent de graves difficultés de fonctionnement qui vont agir défavorablement sur l'offre et la qualité des soins, bouclant un véritable cercle vicieux.

⁴⁶ Contribution du Médecin chef du District de Guédiawaye.

Ainsi est née à Guédiawaye, dès les années 1996, l'idée d'une assurance césarienne (A. Gaye & L. de Bernis). La réflexion a évolué en 2003 (A. Gaye & A. Dumont) vers la proposition d'une Mutuelle pour gérer cette assurance. Finalement c'est une méthode de tarification forfaitaire de l'accouchement qui a été retenue.

Le « Forfait Accouchement », restant dans l'esprit de l'Initiative de Bamako, est une méthode de tarification répartissant l'ensemble des coûts communautaires des accouchements, simples ou compliqués et des césariennes sur l'ensemble des accouchées. Cette tarification est assortie de l'engagement des structures de soins de fournir à chaque femme pour son accouchement des soins de qualité complets à un prix acceptable, solidaire et équitable quelque soit l'issue son accouchement. Le projet était conçu sous forme de prépaiement du forfait pendant le troisième trimestre de la grossesse.

S'inspirant de l'expérience du « Forfait grossesse », de Nouakchott (Mauritanie) le SCAC de Dakar dans le cadre du FSP « Santé urbaine » a appuyé le projet expérimental "Forfait Accouchement" développé par le District de Guédiawaye, polarisé par le centre de santé Roi Baudouin.

Le District Sanitaire de Guédiawaye présente de nombreux atouts pour ce travail de recherche : un bassin de population important (~450 000habitants), une population dense et plutôt pauvre, un niveau de fréquentation élevé des maternités, un nombre important d'accouchements (~12 000/an) et un taux élevé de césariennes (8%). Tous ces éléments permettent de penser qu'en cas de réussite de l'expérience, le modèle devrait être exportable, au moins en zone urbaine.

Le projet d'un tarif forfaitaire des accouchements est l'aboutissement des réflexions sur diverses solutions autour de l'idée initiale d'une assurance césarienne. La création d'une mutuelle centrée sur l'accouchement et la césarienne a été étudiée puis abandonnée. Cependant, dans ce cadre mutualiste, une étude de faisabilité a été réalisée pour faire ressortir les facteurs à prendre en compte ainsi que les conditions nécessaires pour l'organisation de ce projet. Deux options ont été comparées : assurance volontaire versus assurance étendue à toutes les parturientes. Cette étude, apportait 3 conclusions :

- Une assurance couvrant toutes les femmes accouchant dans les maternités du district présente un meilleur rapport avantages/risques qu'une assurance libre ;
- Une estimation de prix moyen de l'accouchement, y compris les césariennes était réalisée ;
- L'utilisation de kits d'accouchements semblait plus efficiente plutôt que des prescriptions par ordonnance.

Mais les limites cliniques dans lesquelles se situerait la prise en charge, de même que le coût des complications en dehors de la césarienne n'étaient pas étudiées. De même, l'étude ne prenait pas en compte le taux de non recouvrement des primes du forfait lié à l'indigence. Enfin, après la réalisation de cette étude des éléments nouveaux ont modifié, de manière significative, le projet. Ainsi, le coût des transfusions sanguines dont le prix de cession des produits sanguins (7 500 Fcfa la poche) aux structures s'est accru de manière considérable. Enfin, l'étude de faisabilité n'avait pas étudié le coût des accouchements ou des césariennes pour les comités de santé.

Mise en œuvre

Les conditions initiales

- Ce projet expérimental, ayant vocation à être éventuellement modélisé pour une diffusion ultérieure, nécessite un accord clair de toutes les parties concernées sous l'autorité du Ministère de la santé, impliquant en particulier la Division de la Santé de la Reproduction, et la Région Médicale de Dakar.
- L'assurance de la garde 24h/24 au bloc chirurgical du CS Roi Baudouin est acquise depuis fort longtemps : obstétricien d'astreinte, médecin résident en gynécologie et obstétrique, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc, personnel de salle, chauffeur.
- Toutes les maternités de postes de santé du district bénéficient d'une garde de sage. (Nimzatt, Diarème, Fith-Mith, Hamo-Tefess).
- Le Comité de Santé du District, s'est engagé fortement, en cherchant, par une gestion rigoureuse, à défendre les intérêts des femmes devant accoucher.

- L'équipe cadre du district sanitaire derrière son médecin-chef est habitée d'une forte volonté d'aboutir.
- Une étude socio-anthropologique a montré l'attente très forte des femmes et de leur époux ainsi que des agents sanitaires pour une solution comme le forfait. Cette étude souligné les difficultés culturelles face au prépaiement dans le contexte de la grossesse.
- Le FSP santé Urbaine a permis la mise à disposition d'un fonds de garantie suffisant pour assurer le démarrage du projet.
- La définition du tarif à appliquer s'est appuyées sur une étude complémentaire des coûts pour les Comités de Santé réalisée en avril /mai 2005 par la méthode des coûts globaux.
- A la lumière de certaines études, il est apparu nécessaire d'intégrer des motivations financières liées à la qualité des soins pour favoriser l'adhésion des prestataires au projet.

Le lancement du projet

Un guide de procédures a été élaboré pour favoriser une gestion financière du système transparente, indépendante et obéissant à des procédures clairement définies et contrôlées.

Des séances d'information sur les procédures d'organisation et de fonctionnement du forfait ont été organisées pour l'ensemble du personnel.

Les standards de qualité des soins sont définis par les « Protocoles, Normes et Politiques » du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale et s'imposent à l'ensemble des prestataires. L'évaluation, basée sur ces standards de qualité, se fait grâce la supervision formative. Cette technique, permet ainsi une mesure objective de la qualité des soins et fournit une base objective au calcul de motivations indexées sur la qualité des soins.

Une revue des protocoles de soins obstétricaux ont été programmées avec les sages femmes.

Les populations ont été largement informées de la mise en place de ce système lors de séances d'information organisées dans le district, par les personnels du district sanitaires et les Groupements Féminins. Un plaidoyer a été réalisé auprès des élus, notables et chefs religieux. Des affiches ont été installées dans toutes les formations

sanitaires. Un relais a été réalisé par les médias et par des réunions de quartier. Des séances d'information collective des femmes enceintes sont effectuées sur les lieux de consultations prénatales.

Une expérimentation de kits obstétricaux (accouchement simple, épisiotomie, urgence, césarienne) a précédé d'un mois (septembre 2005) le lancement du Forfait. Une unité de conditionnement des kits a été installée par la pharmacie du district. Les intrants étant fournis par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement.

Un infirmier chef de poste a été désigné pour être formé comme gestionnaire du Forfait.

Le prix du forfait a été calculé en incluant les coûts pour les Comités de Santé représentés par le « ticket », de la motivation de l'incitation à la qualité, des coûts de gestion et d'une marge de sécurité de 3%. Enfin on a tenu compte d'un taux de recouvrement de 98%.

Description technique :

Le Forfait accouchement couvre tous les frais liés à l'accouchement depuis l'entrée de la parturiente dans la structure jusqu'à la sortie de l'accouchée que l'accouchement soit simple ou compliqué.

- Population cible : Les femmes enceintes résidant dans le district sanitaire de Guédiawaye et accouchant dans les maternités des postes de santé et au Centre de santé Roi Baudouin, et les patientes évacuées des districts voisins pour être césarisées, malgré les risques de sélection adverse.

- Prestations assurées aux femmes par le forfait accouchement : Le forfait *prend en charge* les frais l'accouchement (ticket et médicaments) après 6 mois de grossesse, pour la femme et son enfant, que l'accouchement, soit normal ou non, depuis son entrée à la maternité jusqu'à sa sortie après l'accouchement. Toutes les prestations suivantes sont couvertes : l'accouchement normal simple, l'accouchement dirigé, l'épisiotomie, les médicaments en cas d'urgence, la césarienne, les pathologies survenant pendant le séjour à la maternité, le transport en cas d'évacuation d'une maternité du District vers le CS Roi Baudouin, les suites de couches pendant le séjour dans la structure d'accouchement, les soins au nouveau né, le transport en cas d'évacuation du District vers une maternité de référence

Le forfait *ne couvre pas* la grossesse. Le forfait ne couvre pas les soins donnés dans d'autres formations sanitaires non publiques du District, ou dans des formations publiques hors du District.

Le forfait ne prend pas en charge les soins liés aux avortements.

- Les modalités de paiement : le « Forfait » peut être acheté en une ou deux fois, à la maternité du district où la femme souhaite accoucher, à partir de 6 mois de grossesse, et au plus tard le jour de l'accouchement. Le prix du Forfait a été fixé à 12 000 Fcfa ou 18 000 Fcfa selon que l'accouchement a lieu à la maternité d'un poste de santé ou au centre de santé Roi Baudouin.

- Organisation fonctionnelle : La gestion du "Forfait accouchement" est assurée par un *gestionnaire du forfait* désigné par le Médecin Chef et le Comité de Santé du District. Ce Comité de Santé est aidé, dans la phase expérimentale, par un Comité de Suivi Opérationnel et un Comité de Pilotage.

- Principes généraux de gestion :

- Chaque semaine, les sommes collectées par la vente des forfaits sont versées sur le Compte bancaire du « Forfait Accouchement ». Les Comités de Santé des postes commandent à la pharmacie du District les kits et médicaments nécessaires aux accouchements.
- Chaque mois, le Comité de Santé du District verse aux Comités de santé du CS et des postes du montant des « tickets » correspondant aux accouchements et césariennes effectués par les structures.
- Chaque trimestre, le Comité de Santé du District verse aux Comités de santé du CS et des postes le montant des motivations à la qualité, indexé sur l'indice de qualité de la structure calculé lors de la dernière supervision formative. Cette marge d'incitation à la qualité est plafonnée à 2500Fcfa par accouchement réalisé.
- Chaque année un bilan financier est réalisé. En cas de « bénéfice », il est affecté à des actions d'amélioration de la qualité des accouchements.

- Mesures d'accompagnement

- Un *guide d'information et de procédure* est destiné à tous les responsables des structures et disponible pour tous les personnels et usagers des structures.
- Des panneaux d'informations sur les modalités générales du forfait sont affichés toutes les structures en Français et en Wolof.
- Des outils de gestion spécifiques sont utilisés par les structures et le gestionnaire (Registres, Fiches de stock, carnets à souches, outils de collecte informatique EXCEL, logiciel de gestion SAGE)
- Un *consultant externe* a pour mission d'évaluer le projet chaque trimestre et à la fin de la première année. Il fournit ses rapports trimestriels et un rapport annuel au *Comité de pilotage*
- Le budget de lancement d'un montant de 11 500 150 Fcfa (17 500€) comporte trois grandes parties :
 - *un fonds de garantie* : a permis la prise en charge d'environ 550 accouchements du district dont 40 césariennes.
 - *un fonds d'appui à la mise en œuvre* couvre les frais d'information et de mobilisation sociale et sensibilisation, initiation des gestionnaires, promotion et diffusion.
 - *un fonds de suivi et évaluation*

Ce budget est financé par le FSP « Santé Urbaine ».

- Calendrier général des opérations

- Phase de conception : Novembre 2004 – juin 2005
- Constitution du Comité de Pilotage et Présentation aux autorités Politiques, administratives et sanitaires locales : 05/07/05
- Présentation du projet définitif aux personnels des structures : juillet 2005
- Information des populations : juillet, août, septembre 2005
- Mise en œuvre expérimentale des Kits et évaluation pour le district : 1^{er} au 30 septembre 2005

- Lancement du Forfait 1^{er} octobre 2005

Les résultats

L'évaluation est en cours pour la première année d'expérience. Seuls les indicateurs de processus sont disponibles à notre niveau.

PARTIE V

RECOMMANDATIONS

5.1. INITIATIVES ACCOUCHEMENTS ET CESARIENNES

Cette initiative a jugulé le retard lié à l'intervention chirurgicale dans le cadre de la césarienne grâce à la mise à disposition effective et préalable d'un kit de césarienne. Pour cette raison, cette expérience doit être maintenue et élargie à tous les SOU et tous les hôpitaux.

A court terme, il conviendra de corriger les nombreux dysfonctionnements constatés et qui sont liés aux facteurs suivants :

- Déficit de communication ;
- Manque de moyens gestion administrative par les districts essentiellement ;
- Formalisation plus complète des procédures de réapprovisionnement en kits et de remboursement (espèces et médicaments) ;
- Décentralisation des procédures.

A moyen terme, une réorientation de l'initiative s'impose pour en préserver les acquis et accroître l'impact.

Est-ce à dire qu'il faille instaurer la gratuité totale des prestations dans les services gynécologiques et obstétricaux ?

5.1.1. Réorientation du programme

Dans la conceptualisation de l'initiative, l'objectif était et demeure la réduction de la mortalité maternelle par l'amélioration de l'accessibilité financière et géographique des soins et structures sanitaires, notamment en zones rurales. Cette initiative devrait se traduire par une réduction notable voire une élimination des accouchements à domicile, réputés risqués. Cela est certes avéré, mais il faudrait en plus tenir compte de la nécessité de rendre les structures attrayantes et fonctionnelles.

Il est possible de revoir le système en privilégiant les initiatives à la base, dans les centres de santé et les postes de santé, en veillant plus sérieusement au respect des consultations prénatales et du suivi des grossesses, mais aussi dans les maternités le respect des procédures de prise en charge des femmes en délivrance. Encourager les communautés à s'organiser autour des services de santé pour la prise en charge correcte des femmes en état de procréer. Cela nécessiterait les actions suivantes entre autres : l'amélioration la fonctionnalité des maternités par l'aménagement de cabines individuelles

Le critère de « niveau de pauvreté » mis en avant pour le choix des localités qui devaient en priorité bénéficier de l'initiative avait conduit à choisir cinq régions pilotes parmi les plus pauvres du Sénégal. Ce choix est critiquable dans la mesure où il conduit à exclure du bénéfice de l'initiale une grande partie des ménages pauvres du pays.

Au plan du strict respect du critère de niveau relatif de pauvreté (cf. prévalence régionale de pauvreté), l'exclusion de régions comme Kaolack (65,3%) et Diourbel (61,5%) ne s'explique pas.

De plus, la prise en compte de la contribution à la pauvreté nationale aurait dû à notre avis être privilégiée pour tenir de l'effet de masse recherché par cette initiative.

Tableau 9 : Incidence de la pauvreté et contribution selon les régions administratives

Régions	Incidence de la pauvreté	Contribution
Dakar	33,6	18,4
Ziguinchor	67,1	6,5
Diourbel	61,5	12,7
Saint Louis	41,2	8,6
Tambacounda	56,2	6,8
Kaolack	65,3	13,2
Thiès	48,6	12,7
Louga	36,2	5,1
Fatick	46,3	5,9
Kolda	66,5	10,1
Total	48,5	100

Source : DPS et Banque mondiale (ESAMII, 2001/2002)

A titre d'exemple et comme cela ressort de ce tableau⁴⁷, une région comme Dakar, bien que révélant un taux de prévalence plus faible, contient néanmoins le plus grand nombre de ménages pauvres du pays. Mais elle demeure exclue du bénéfice de l'initiative.

La discrimination basée sur la pauvreté géographique ne saurait être de mise. Elle risque de compromettre l'atteinte de l'objectif visé qui est de secourir tous les ménages pauvres. En adoptant ce seul critère de pauvreté régionale, les responsables de cette initiative ont « mis de côté » 57% des ménages pauvres du Sénégal. Dans ces conditions, le lancement de l'initiative aura profité à moins des 40% des ménages pauvres du Sénégal.

L'extension de l'initiative en 2006, n'a concerné pour les autres régions que les SOU et les Hôpitaux (césariennes exclusivement), la région restant toujours exclue.

Partant de ces considérations et de la nécessité de rendre l'initiative plus efficace et plus supportable financièrement, nous proposons les mesures suivantes :

- En ce qui concerne le type de prestations, il y a lieu d'étendre l'initiative (accouchements et césariennes) à tous les prestataires publics du pays : Postes de santé, Centres de santé, Centres SOU et Hôpitaux.
- En ce qui concerne les bénéficiaires, il faut noter que dans chaque région, il y a des pauvres et des riches. Or, la cible demeure les ménages pauvres. C'est pourquoi, le critère de pauvreté régionale ne doit plus être retenu.
- Il est impérieux que tous les ménages pauvres, quelque soit leur lieu de résidence puisse bénéficier de cette initiative. S'il y a des subventions à faire, les orienter à la fois vers les communautés et vers les services afin que chacun dans son rôle puisse assurer sa partition, l'une payer et l'autre assurer un service de qualité. Dans chaque communauté, il est possible de savoir qui peut payer et qui ne peut pas payer ; dans chaque service, il est possible de pré positionner les fournitures, matériels et médicaments nécessaires pour une bonne prise en charge technique des prestations liées à la maternité.

⁴⁷ DSRP II : 2006-2011 – Juillet 2006 ; MEF.

5.1.2. Le coût financier du programme

Sur le plan financier, les considérations suivantes liées à la généralisation de l'initiative sont à prendre en compte.

Première hypothèse :

- La gratuité intégrale et générale des accouchements et césariennes pour tous les ménages dans tout le pays serait insupportable financièrement par l'Etat.
- Le bénéfice de cette initiative demande à être modulé et organisé de sorte à profiter exclusivement aux cibles : les personnes démunies ou indigentes.
- De façon opératoire, la détermination de l'éligibilité et du choix des cibles devrait être du ressort des autorités déconcentrées de la Santé (ex. RM et DS). Ces structures pourraient s'appuyer sur les services régionaux et locaux du Développement Social et de la Solidarité Nationale (Direction de l'Action Sociale).
- Partant des travaux de l'ESAM 2 qui établit à 48,5% la prévalence nationale de la pauvreté, nous avons fait des simulations d'estimation de coûts et de modalités de prise en charge de la généralisation partielle d'une telle initiative.
 - La première hypothèse retenue est la suivante :
 - Bénéfice de la gratuité totale à 50% des accouchements et césariennes, les 50% autres devant s'acquitter du coût de ces prestations estimées à 60 000 FCFA/césarienne et 6 000 FCFA/accouchement, dans les conditions économiques de 2007.
 - Intégration d'une partie du budget FDD alloué annuellement aux DS pour les médicaments (15 millions de FCFA/DS)
 - Evaluation du nombre d'actes à partir des données de 2004 actualisés au taux du croît démographique.
 - La contribution budgétaire à la prise en charge de l'initiative est basée sur la dotation de 2007 soit FCFA 439 millions.
 - Dans ces conditions, le tableau ci-joint donne les estimations du coût de la généralisation comme suit :
 - Pour une couverture ou une gratuité totale accordée à 50% des

ménages, taux légèrement supérieur à la prévalence nationale de la pauvreté, nous avons un coût de FCFA 890 millions qui peut être financé comme suit en restant dans les limites des ressources déjà allouées par l'Etat au secteur :

- FCFA 439 millions provenant des ressources budgétaires directement octroyées à l'initiative ;
 - FCFA 450 millions tirés du FFD Santé alloués aux DS soit 60% de ce montant.
- Ce système présente plusieurs avantages parmi lesquels :
- Le retour du contrôle de l'initiative aux DS et la RM ;
 - L'effort demandé à l'Etat va dorénavant s'inscrire dans une tendance baissière et sera articulé aux progrès obtenus dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Plus le niveau national de pauvreté baissera (comme on s'y attend avec la SRP et les OMD), moins important sera l'effort de l'Etat, aux conditions économiques près.

Tableau 10 : Simulation tarifaire

SIMULATION TARIFAIRE				
	2004	2005	2006	2007
ACCOUC	192 230	197 420	202 751	208 225
CESAR	8 152	8 372	8 598	8 830
		2,70%	2,70%	2,70%
COUT				
ACCOUC				6 000
CESAR				60 000
HYPO				
		RAP DE COUT	CESAR/ACC	CE 2007 10
NIVEAU DE GRATUITE	X - NPAY			100%
	Y - PAY			0%
COUT DE L'OPERATION POUR L'ETAT EN FONCTION DU TAUX DE GRATUITE				
		50%		
		Nombre	Valeur	
CHARGES DE L'ETAT				
KITS - CES		4 415	264 909 026	
KITS - ACC		104 112	624 674 462	
BUDGET REQUIS				
BUDGET DISPONIBLE			889 583 488	
BUDGET DISTRICT			439 000 000	
Base FCFA/DS/AN - FDD		15 000 000	750 000 000	
Nombre de DS		50		
GAP DE COUVERTURE				
OPTION 1 HORS FDD				
RESSOURCES DISPO			439 000 000	
GAP : Dispo - Besoin			- 450 583 488	
OPTION 2 FDD inclus				
RESSOURCES DISPO			1 189 000 000	134%
GAP : Dispo - Besoin			299 416 512	40%

Source : Compilation de données effectuée par les consultants

Compte tenu de ce qui précède, il est suggéré, comme cela se pratique déjà, d'utiliser en matière d'accouchement les statistiques des trois dernières années pour mettre dans chaque district sanitaire une dotation de kit d'accouchement et de médicaments couvrant les besoins d'un trimestre. Le district devra s'engager à renouveler régulièrement le stock et à prendre en charge les femmes qui ne sont pas capables de participer financièrement. Dans chaque district sanitaire, communauté rurale par communauté rurale, en utilisant les services décentralisés du Ministère du Développement Social et de la Solidarité, le médecin chef devra procéder à des enquêtes. Cela, pour déterminer avec précision les cas patents de dénuement qui méritent la mise en jeu de la solidarité nationale devant aider à la prise en charge des soins, des prestations et des médicaments.

La subvention en médicaments a le double avantage de garantir la disponibilité des kits d'accouchement tout en dégagant une marge substantielle permettant d'assurer la gratuité pour les nécessiteux. Des rapports trimestriels adressés à la région médicale devraient permettre aux autorités du Ministère d'avoir une juste idée de la situation en matière d'accessibilité financière relative aux femmes en âge de procréer. La région médicale doit être responsable de toute initiative de subvention, étant la seule capable d'introduire au niveau local les discriminations souhaitables pour maintenir l'équité entre les bénéficiaires.

D'ailleurs, en discutant avec l'ancien Directeur de la santé Monsieur Mandiaye LOUME, le consultant a appris que l'idée initiale pour la gratuité des accouchements et des césariennes ne concernait que les postes de santé et les SOU, dans les cinq régions classées les plus pauvres par le recensement de 2002. L'objectif était de diminuer le taux d'accouchement à domicile dans les zones rurales, lié à la pauvreté. Cette initiative de gratuité se fondait sur le fait que, tous les ans, l'Etat renouvelle la dotation de médicaments dans le district sanitaire alors que l'IB était fondée sur une seule dotation initiale.

Aussi, a-t-on pensé utiliser ce volant de médicaments comme l'une des sources de financement de la gratuité des accouchements pour ces populations démunies. Cette idée est plus logique, plus juste et correspond à une meilleure éthique. Elle peut ainsi être étendue à tous les postes de santé des districts qui reçoivent des dotations de

médicaments de l'Etat, surtout dans la zone périphérique de Dakar, Pikine et Guédiawaye où il existe de grands groupes migrants de personnels de maison, de pileuses et de lingères qui ont souvent des problèmes de prise en charge.

S'agissant de l'hôpital, le même principe devra être retenu : fourniture d'une dotation de kits de césariennes pour un trimestre et obligation pour l'administration de renouveler le stock à ses frais, de telle sorte que le kit soit toujours disponible pour une exécution correcte des césariennes. Il appartiendra à l'administration, par la suite, de supporter la charge des indigents et nécessiteux qui ne peuvent pas payer. Le médecin chef de région fournirait la prise en charge sur la base des données sociologiques dont il dispose sur l'état de pauvreté des populations, district par district.

Deuxième hypothèse :

La première hypothèse axée sur une utilisation des produits de l'avance médicaments des FDD peut s'avérer difficile à mettre en œuvre d'abord du fait de la réticence des districts sanitaires qui utilisent ces fonds pour la motivation des personnels.

Ensuite, une autre difficulté est que beaucoup de collectivités locales continuent à utiliser les FDD suivant leur convenance, surtout à Dakar où la ville et les communes d'arrondissement versent rarement les FDD de la santé aux districts sanitaires, même si la ville investit par ailleurs, beaucoup pour la santé.

Si nous maintenons l'hypothèse de la prise en charge de 50% des coûts, la différence entre l'effort actuel de l'Etat qui est de 439 millions par an et le besoin de couverture qui est de 889 millions, l'écart à combler est de 450 millions.

La politique de lutte contre la pauvreté et la mortalité maternelle dans laquelle s'est engagé le Gouvernement devrait pouvoir être financée par une partie des ressources récupérées sur la dette et destinées au secteur de la santé.

L'écart de 450 millions pourrait être comblé par un effort complémentaire et volontariste de l'Etat qui serait un signal fort pour les bailleurs qui supportent la santé de la reproduction au Sénégal.

Aussi, avec une dotation d'un milliard par an, l'Etat pourrait continuer à soutenir l'initiative de la gratuité des accouchements et des césariennes pour l'ensemble des femmes démunies en âge de procréer (inférieur à 50% de la cible).

Dans ce cas, il serait judicieux de maintenir l'intervention de l'Etat sous sa double forme de médicaments et de fonds affectés.

Toutefois, le système devrait concerner les centres et postes pour les accouchements et césariennes et les hôpitaux pour les césariennes. Les ressources financières affectées aux structures de base permettraient d'assurer une bonne gestion de l'initiative en prenant en charge le règlement des frais induits par le suivi, la supervision et la production des rapports.

On peut imaginer une prise en charge totale des frais liés aux accouchements et césariennes, à l'instar du plan SESAME mais dans ce cas, les fonds devraient être confiés à une structure externe aux prestataires de service et pouvant défendre et négocier les intérêts des femmes en couche.

Avec une subvention de deux milliards, l'Etat pourrait soutenir l'érection d'une mutuelle nationale des femmes, avec des antennes régionales qui prendrait en charge, dans un premier temps, ces problèmes de couches et qui progressivement absorberait les préoccupations de la mère et de l'enfant dans un programme national intégré.

5.2. LE PLAN SESAME

Le problème de la compétence et de la référence est à la base même de l'organisation des services de santé. Aussi, dans une initiative comme le SESAME, il est nécessaire de préciser que le candidat SESAME devra utiliser les services de base de son lieu de résidence habituelle, poste ou centre de santé et la référence normale du médecin de district ne peut être que l'hôpital régional de sa région, sauf s'il s'agit d'un malade suivi régulièrement dans un centre hospitalier universitaire.

Si l'initiative doit être maintenue, il est évident que les coûts observés, largement supérieurs à 1 400 millions en 10 mois, sont trop élevés pour la survie de l'expérience. D'autant plus que partout, on a observé une croissance exponentielle des factures des hôpitaux. Le problème du plan SESAME est qu'il n'y a aucune barrière fixée à l'éligibilité.

Aussi, sans revenir fondamentalement sur le principe de la gratuité des soins accordée aux personnes du 3^{ème} âge, il faudrait considérer que le Chef de l'Etat parlait des personnes qui n'avaient pas de couverture médicale formelle ou informelle et qui ne pouvaient se prendre en charge. Comme par hasard, au Sénégal, cette couche de la population est aimée et protégée par la société, naturellement. C'est ainsi qu'à l'hôpital Principal, une personne pressée souhaitant un rendez-vous plus proche pour une intervention chirurgicale avait souhaité avancer l'argent pour se faire rembourser par la suite par le plan SESAME. Lorsqu'on lui a dit que le plan SESAME ne prévoyait pas de remboursement et, ne pouvant pas attendre le rendez-vous lointain obtenu avec son dossier SESAME, elle a appelé sa fille qui a payé avec un chèque de plus de 800.000 F CFA.

En dehors des retraités de l'Etat et de l'IPRES, il y a d'autres retraités du Secteur Privé ayant des assurances civiles qui pourraient les prendre en charge. Est-ce à l'Etat de payer pour ces personnes nanties du secteur libéral, ces avocats, ces hommes d'affaires, ces commerçants de Sandaga et du marché des HLM, ces riches habitants des Almadies et autres privilégiés? Ce serait violer l'esprit d'équité et de solidarité que de délivrer la gratuité à toute la population ayant plus de 60 ans, sans

chercher à savoir si elle disposait auparavant de moyens pour se prendre en charge ou se faire prendre en charge. Le poids de la dépense, en l'absence de discrimination, serait si exorbitant qu'il mettrait en danger le financement du système de santé.

Aussi, il est proposé de revoir les procédures de délivrance des lettres de garantie et gérer le processus pour prendre en charge les personnes qui en ont le plus besoin parce que n'ayant aucun autre recours.

Evidemment, il s'agira d'abord des retraités de l'IPRES et du FNR, qui à Dakar, ont constitué des associations qui ont exercé une grosse pression sur l'Etat et les autorités politiques dans une longue campagne de lutte engagée surtout depuis l'Alternance. C'est donc naturel d'organiser, pour cette catégorie dont on est sûr des revenus et à qui on le doit à cause des services rendus à la nation, une prise en charge à 100% en matière de santé.

Pour cela, le problème est plus simple qu'il n'y paraît car pour le FNR, il suffirait simplement de mettre sur les imputations budgétaires 5/5. Et pour les bénéficiaires de l'IPRES, les conventions signées avec les établissements publics de santé et les engagements déjà pris à ce niveau par les services du Medecjn chef du centre medico –social de l'IPRES règlent le problème à 100%.

Dans ce cadre, il faut saluer la rigueur de la gestion des lettres de garanties de l'IPRES dans l'application de son plan SESAME. Voilà réglé le problème de ceux qui possèdent des droits sur leurs employeurs.

Pour les autres bénéficiaires potentiels, le processus pourrait être le suivant :

- demander à toute personne ayant plus de 60 ans, ne possédant aucune assurance maladie et souhaitant bénéficier de la gratuité du plan SESAME, de se présenter auprès du médecin de district le plus proche de son lieu de résidence habituel,

- le médecin de district reçoit les candidats au SESAME, vérifie leur identité, prend leur adresse et leur ouvre un carnet de santé, avec le maximum d'informations possibles sur leur passé médical ;
- le médecin de district fait une première visite médicale et demande au candidat de se présenter à lui, chaque fois qu'il a besoin de soins ;
- le médecin de district utilise les services sociaux décentralisés du Ministère du Développement Social pour faire une enquête sociale sur le candidat pour connaître son niveau : habitat, activités passées ou présentes, situation familiale, etc. Le but est de savoir si la personne est vraiment incapable de se prendre en charge ;
- au cas où la personne dispose de biens personnels, lui imposer une participation comme la population normale, sinon l'admettre au plan SESAME et dans ce cas, exiger qu'il passe obligatoirement par le district sanitaire pour ses consultations et ses soins.
- La carte SESAME (en gestation), serait alors délivré au candidat admis au SESAME, après cette procédure.

Dans le cas où la gestion du programme serait ainsi déconcentrée au niveau régional ou du district, ce serait au médecin de district de délivrer la prise en charge ou lettre de garantie sur délégation du médecin de région. S'il y a un besoin de référence, l'hôpital régional est la destination naturelle sauf si le client est suivi ailleurs, pour les autres régions que Dakar. A Dakar, le médecin de district choisit l'hôpital le plus conforme à la maladie du client. Les ressources pour la prise en charge sont mises à la disposition des régions qui procèdent aux remboursements des factures, soit par virement dans les comptes des hôpitaux, soit par bons de médicaments à la PRA locale pour les structures de base, centres et postes de santé.

Pour en revenir à la conception du plan SESAME, une rétrospective de l'histoire de son élaboration montre qu'il y a eu un véritable détournement d'objectifs qui peut être imputé à la double casquette du chef du bureau santé des personnes du 3^{ème} âge au niveau de la Direction de la Santé.

En effet, après le Conseil interministériel tenu en novembre 2001 sur le vieillissement et plusieurs réunions, le Ministre de la Santé a créé, par note 00876/MSP/DS du 17 février 2004, un comité technique chargé de l'élaboration de la carte prioritaire « SESAME » en faveur des personnes âgées confirmée par l'arrêté n°003432/MSP/DS du 24 mars 2004. Ce comité a déposé le 9 août 2004 ses conclusions sous la forme d'une note de synthèse appuyée par un projet de décret instituant une carte prioritaire SESAME et un projet d'arrêté portant création d'une cellule de gestion et de suivi de la carte prioritaire SESAME.

La carte préconisée par l'étude donnait droit aux personnes **âgées de 65 ans et plus**, à des prestations et médicaments existants au niveau des postes et centres de santé (Gratuité pour l'ensemble des prestations, sauf pour les consultations spécialisées et les examens complémentaires de radiologie et de laboratoire qui bénéficiaient d'une exonération de 50%).

La carte ouvre également droit à des médicaments et des prestations au niveau des établissements publics de santé **selon les conditions définies par des conventions signées** entre l'Etat et ces établissements et à tous autres droits et avantages sociaux définis par arrêté du Ministre compétent. La carte SESAME devait faire l'objet d'une demande par le postulant bénéficiaire. Les conventions avec les établissements hospitaliers auraient permis de définir les services et prestations offerts et le degré de gratuité auquel ils sont soumis.

A la lecture des documents de la phase d'élaboration, on se rend compte qu'il y a eu, à un moment donné, une déviation de l'orientation technique initiale ; il semble que le chef du bureau du 3^{ème} âge ait conçu le bon plan SESAME, mais uniquement pour l'IPRES, conformément aux idées de base : il a fait une tournée nationale, il a signé des conventions avec les hôpitaux, il a aménagé ses services médico-sociaux, il a géré avec rigueur et parcimonie la délivrance des lettres de garantie IPRES. Ce faisant, en sa qualité de chef de bureau des personnes du 3^{ème} âge, il a laissé le système de santé sans règle et sans guide subir sans mesure l'assaut des personnes du 3^{ème} âge livrées à elles-mêmes sans retenue.

L'IPRES a réglé le problème de ses retraités mais l'Etat n'a pas encore trouvé la solution adéquate au problème de prise en charge des personnes âgées car le système actuel ne peut être pérenne à cause de son coût et de la menace qu'il fait peser sur la stabilité et l'équilibre des services de santé.

Il faudrait profiter de la non parution du décret instituant le plan SESAME et la carte du même nom, pour apporter les modifications idoines dans la perspective de sa réintroduction dans le circuit administratif. Celles-ci pourraient concerner les points suivants :

- La nécessaire identification des bénéficiaires par un ciblage plus approprié basé sur la prise en compte des données ci-après :
 - Absence de couverture par l'IPRES ou le FNR.
 - Absence de couverture spécifique autre.
 - Absence de revenus ou de patrimoine pouvant être mis à contribution pour une couverture médicale.

Dans tous les cas, l'éligibilité doit être prononcée après une enquête sociale, sur la demande expresse du postulant.

- La gamme des prestations auxquelles la carte « SESAME » donne droit doit être bien définie et formalisée. Le Comité d'Orientation et de Suivi prévu dans le projet d'organigramme fonctionnel de l'initiative devra se prononcer sur la liste des prestations et médicaments donnés en gratuité.
- Les avantages octroyés aux détenteurs de la carte « SESAME » doivent aussi être accessibles aux pensionnaires de l'IPRES et du FNR. Cela doit leur être garanti par l'Etat et l'IPRES.
- Au niveau des prestataires, il s'est avéré nécessaire d'exiger des préalables pour être considérés comme partenaires de cette initiative. En effet, l'état de précarité financière de certains EPS peut les amener à utiliser les ressources reçues en préfinancement à d'autres fins et donner en échange un service de moindre qualité voire refuser d'en donner sous divers prétextes. Les EPS défaillants en seraient exclus (partenariat ciblé comme prévu dans le « projet de mise en œuvre du système de solidarité SESAME »).

Il est de notoriété publique en économie de la santé que « ce sont les personnes âgées qui utilisent, en général, le plus de services de santé, que ce soit en consultations médicales, en soins infirmiers ou kinésithérapeutes, en consommation de médicaments, en analyses biologiques, en journées d'hospitalisation ou en institution sociale » (Beresniak et DURU).

Dans ces conditions il apparaît extrêmement périlleux pour un Etat de s'engager à prendre en charge tous les frais relatifs aux prestations de soins dont une telle catégorie pourrait bénéficier sans *bourse délier* et sans *limitations*.

En effet, les coûts pour la prise en charge médicale totale et gratuite destinée aux personnes âgées deviendraient rapidement insurmontables, l'état de santé de cette génération se dégradant au fil des années, sauf si l'on prend certaines précautions :

1. La première précaution est liée au choix des prestataires. Dans le cas du plan SESAME, la prise en charge au niveau des postes et centres de santé est normalement sans danger pour un dérapage, s'il y a un suivi médical personnalisé dans le cadre d'une domiciliation de la personne âgée à son lieu de résidence.

Dans le cadre de la référence vers le système hospitalier, il y a peut être un intérêt à classer les hôpitaux par pathologies ou groupes de pathologies, sachant que les personnes âgées sont particulièrement exposées au diabète, à l'hypertension, aux maladies de la prostate, aux problèmes visuels.

2. La deuxième précaution est d'éviter le système de pré-paiement par l'administration centrale qui exclut du règlement des prestations à la fois le bénéficiaire et le référant.

Puisqu'il s'agit d'une catégorie entière de la population dont la qualité et le nombre peuvent être bien définis, il serait plus judicieux de confier la gestion du système à une organisation qui négocierait avec les hôpitaux des modalités de prise en charge globale par pathologie et peut être à un coût forfaitaire qui limiterait les abus.

Il y a dans ce domaine très certainement une réflexion à mener et on pourrait s'inspirer, en le modulant, de l'exemple américain de *MEDICARE* et du *MEDICAID* de la prise en charge par les Etats des personnes âgées et des personnes démunies.

5.3. LE FONDS DE SOLIDARITE

En ce qui concerne le FSN, le fait qu'il soit sous un autre ancrage institutionnel, ne permet pas de l'utiliser directement pour les besoins de programmes et initiatives de la Santé. Néanmoins, comme les problèmes de Santé sont généralement au cœur des situations sociales difficiles, il est donc possible d'envisager une collaboration du FSN avec le MSPM dans le cadre des initiatives en faveur des femmes pauvres et des personnes âgées démunies. C'est en considération de cela, que l'on peut formuler concernant le FSN les recommandations ci-après :

- Intégration plus formelle des instances de décision du FSN par le MSPM. A l'occasion de l'approbation du budget annuel d'activités du FSN par son Comité d'Orientation dans lequel le MSPM est représenté, le département peut émettre des propositions en rapport avec ces initiatives.
- Participation active aux réflexions en cours au sein du Ministère de la Solidarité Nationale :
 - Les services techniques du MSPM doivent apporter leurs concours pour l'établissement des projets de convention entre le MSN et des structures sanitaires du Maroc par exemple.
 - Participation au programme que veut développer le MSN pour la prise en charge des soins coûteux au profit des indigents.
- Dans les situations de prise en charge totale ou partielle des cas sociaux de santé, la collaboration entre MSPM et MSN est nécessaire et doit être formalisée pour prévenir certains abus et rendre l'intervention mieux appropriée.
 - Eviter les doublons avec les demandes répétées aux diverses émanant du même bénéficiaire ;
 - Axer les interventions sur les cas les plus urgents en tenant compte des données du MSPM.

En ce qui concerne les moyens propres du MSPM qui auraient pu mobiliser pour la prise en charge des cas sociaux ou le soutien à des initiatives en faveur des démunis, il existait dans le budget du MSPM, des crédits de transferts intitulés « Filet Social » d'un montant de FCFA 500 millions par an. Il importe aujourd'hui de vérifier

la position de ces crédits pour savoir dans quelle mesure ils n'ont pas fait l'objet de réaffectations. En cas de disponibilité de ces ressources, elles peuvent venir en appui à la généralisation des initiatives actuelles et à venir en faveur des couches les plus démunies de notre société.

CONCLUSIONS

La première problématique relative aux gratuités concerne le ciblage des bénéficiaires. Différentes méthodes sont expérimentées avec plus ou moins de bonheur.

La seconde interpellation relative aux initiatives de gratuité et d'exemption dans le domaine de la Santé porte sur leur financement à un niveau qui garantisse la qualité et la pérennité. En effet, si les prestations sont gratuites (totalement ou partiellement pour des bénéficiaires bien ciblés, il est évident que leur délivrance engendre des coûts qui doivent être supportés par l'une des parties prenantes.

Dans le recherche de solutions pour une meilleure configuration des initiatives, il est indispensable de tenir compte de tous les éléments constitutifs d'un tel système : décideurs, prestataires et bénéficiaires.

Dans le cadre de la présente étude, il faudrait nécessairement intégrer l'avis et le sentiment des cibles au moins sur les questions aussi importantes et cruciales que :

Le bien-fondé de l'initiative, son utilité à leur yeux, leur souhait de la voir se développer et être étendue à d'autres domaines non couverts pour le moment ;

Leur intention de soutenir l'initiative pour assurer sa pérennité, les formes souhaitées, les modalités, etc.

Leurs suggestions pour une mise en œuvre simplifiée et efficace, les moyens d'éviter les lourdeurs administratives qui découragent et font porter un mauvais jugement sur l'initiative.

Les recommandations finales pour une meilleure configuration, un meilleur agencement fonctionnel et opérationnel des initiatives en cours et à venir doit tenir compte des points de vue de la cible sur ces questions fondamentales.

PARTIE VI

PLAN D'ACTION

Objet du plan d'actions

Ce plan d'actions vise, selon les initiatives considérées, à proposer des mesures de renforcement de leur efficacité par rapport à leur raison d'être.

A court terme, il s'agira de mesures pratiques, relativement peu coûteuses et faciles d'implémentation, essentiellement destinées à renforcer l'efficacité des initiatives en corrigeant certains dysfonctionnements constatés.

A moyen terme, les actions proposées ici sont destinées à assurer la viabilité et, dans une certaine mesure, les meilleures conditions de répliation d'initiatives de ce genre.

Le PA proposé ici reste encore à compléter avec les mesures qui seront issues de la seconde phase consacrée aux bénéficiaires.

6.1. ACCOUCHEMENTS ET CESARIENNES

✓ A court terme

○ Contenu

- Compléter et diffuser le manuel de procédures spécifiques et officielles à cette initiative allant de la prise en charge au remboursement. Ce travail doit être confié à un cabinet spécialisé dans les techniques de « procédurisation » sous la supervision de la MSPM/DS/DSR. Ce devrait être l'occasion d'inclure certains aménagements proposés dans cette étude :
 - Dotation des EPS en kits
 - Evaluation de la capacité financière des structures partenaires
 - Contrôle de la qualité des livraisons de kits
 - Méthodes d'approvisionnement en kits revues et rationalisées
 - Etc.

- Résorber les arriérés dus aux prestataires, centres et postes de santé notamment.
 - Amener la PNA à verser en médicaments aux districts le complément de la valeur réelle des kits⁴⁸.
 - Mettre en place le système de suivi mensuel des réalisations physiques et financières : gestion des kits, mouvements des approvisionnements en kits, ressources allouées, ressources consommées, délais de remboursement, etc. Les indicateurs de ce suivi doivent être exhaustifs pour que tous les aspects de l'initiative puissent être renseignés complètement et à temps dans le souci de les manager efficacement.
 - Systématiser les états de rapprochements physiques et financiers entre intervenants : DAGE, PNA, Régions Médicales, Districts et EPS.
 - Procéder à une sorte de « passage à zéro » (remise à niveau des comptes physiques et financiers) au plus tard le 31/12/07.
 - Supprimer les retards de compensation de ce fait qui ne seront plus des sources d'écart.
 - Réactiver le fonctionnement du Comité de pilotage avec un programme de rencontres sur le trimestre et de prestations à réaliser, notamment l'édition d'un bulletin mensuel d'information sur l'initiative de gratuité des accouchements et césariennes.
- Mise en œuvre
- Choisir une consultation externe : 1 Homme-mois et 15 jours de dissémination.
 - Organiser des rencontres nationales et régionales pour diffuser les supports.
 - Intégrer ce suivi dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) géré par le MSPM.

⁴⁸ Ceux-ci valent réellement entre 3 500 FCFA/kit accouchement et 29 000 FCFA/kit césarienne mais sont facturés à l'Etat 5 500 FCFA et 55 000 FCFA. La différence supposée être reversée aux prestataires pour leur permettre de faire face aux moins values financières générées par l'initiative, ne l'a jamais été.

- Mobiliser les moyens budgétaires et extrabudgétaires pour financer les activités de suivi, de supervision et d'évaluation de cette initiative.
- ✓ A moyen terme
 - Contenu
 - Mener une étude de référence pour
 - Revoir les critères d'éligibilité : nationalité et régions ne semblent pas pertinents pour un ciblage des pauvres qui soit efficace ;
 - Définir avec plus de précision la cible des gratuités et l'éventail des prestations non payantes;
 - Adapter l'envergure de la mesure aux possibilités réelles de l'Etat.
 - Simplifier la procédure en impliquant mieux les districts sanitaires.
 - S'inscrire résolument dans une perspective de dégressivité de la subvention de l'Etat.
 - Prendre en compte les scénarii étudiés ici.
 - Prendre en compte les exemples de réussite dans d'autres pays.
 - Doter l'initiative d'un budget de suivi-évaluation annuel dont la réalisation serait confiée à un cabinet extérieur à l'instar de ce qui se fait pour le suivi physique et financier des projets du PTIP.
 - Mise en œuvre
 - Confier à la DS/DSR la gestion opérationnelle du processus de l'étude de référence qui doit être d'envergure nationale ;
 - Confier la gestion stratégique à une structure interministérielle au vu du caractère multisectoriel de la question.
 - Financement sur le BCI de l'Etat voir le PABSRP⁴⁹ de l'Union Européenne : rédaction des TDR, mise en place du comité de pilotage, choix du consultant et validation de l'étude.

⁴⁹ Programme d'appui budgétaire à la stratégie de lutte contre la pauvreté du IX^e FED. Le devis programme en instance de signature du volet « appui technique » accorde d'importants moyens à la

6.2. PLAN SESAME

✓ A court terme

○ Contenu

- Séparer la gestion du Plan SESAME-ETAT de celle de l'IPRES.
- Confier la gestion stratégique de l'initiative à un comité interministériel.
- Formaliser en la simplifiant au mieux la procédure de prise en charge des bénéficiaires et de compensation des prestataires dans le sens d'une révision plus sélective (bénéficiaires) et restrictive (gamme des prestations non payantes).
- Compléter le dispositif réglementaire et législatif d'appui : Loi, Décret, Arrêté et Notes de procédures.
- Diffuser le manuel de procédures spécifiques et officielles à cette initiative en utilisant tous les moyens de communication disponibles, notamment affiches dans les hôpitaux et structures sanitaires concernées.

✓ A moyen terme

○ Contenu

- Entreprendre une étude de référence sur la question.
- Revoir la gestion opérationnelle et stratégique de l'initiative.
- Mettre en place le dispositif du suivi, évaluation et contrôle de l'initiative.

○ Mise en œuvre

- Une partie des fonds de l'Etat allouée à l'initiative pourra être utilisée pour mener cette étude, qui a fait défaut au début et a lourdement pénalisé la cohérence de l'initiative par la suite.

6.3. FONDS DE SOLIDARITE

✓ A court terme

○ Contenu

- Assurer la participation du MSPM par la DS aux délibérations du Conseil d'Orientation du FNS.
- Proposer un programme d'intervention au FNS au titre de sa composante n° 2 : assistance sociale aux personnes vulnérables et secours d'urgence.
- Compléter le manuel de procédures sur ce second volet.

○ Mise en œuvre :

- Immédiate et sans condition

✓ A moyen terme

○ Contenu

- Participer à la réflexion en cours au sein du MSN sur la spécialisation du FNS et de l'Action sociale
- Envisager un protocole de collaboration spécifique entre le MSPM et le MSN portant notamment sur les points suivants :
 - Utilisation des structures sociales sous la tutelle de l'AS/MSN par le MSPM pour un meilleur ciblage effectif des bénéficiaires de gratuités (dans le cadre de l'étude de référence proposée – voir supra-).
 - Conseil et avis préalables du MSPM dans les sollicitations adressées au FSN pour des cas de santé.

○ Mise en œuvre

- A intégrer dans les termes de référence de l'étude de référence sur la gratuité qui est proposée.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

Enquête de terrain

1) Déroulement de l'enquête de terrain

L'enquête a été conduite dans huit (08) régions à savoir : Dakar, Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, Kaolack, Louga, Thiès et Saint-Louis sur la période du 22 au 30 juillet 2007.

L'enquête a été réalisée par deux catégories de personnel : un personnel de conception et d'encadrement et un personnel d'exécution.

Le personnel de conception et d'encadrement avait pour rôle d'élaborer la méthodologie et les instruments de collecte.

Ce personnel était assisté dans sa mission par un superviseur qui avait pour tâches d'organiser et de superviser les travaux de collecte.

Les opérations de collecte ont été exécutées par onze (11) enquêteurs dont cinq (05) dans la région de Dakar.

La méthodologie utilisée par le consultant a combiné à la fois l'approche quantitative et l'approche qualitative.

Les instruments de collecte élaborés par le consultant qui sont au nombre de cinq (05) tiennent compte à la fois de la diversité des cibles et de la multiplicité des initiatives.

Dans chacune des régions, les investigations ont été effectuées dans les structures sanitaires du chef-lieu de région. Le tableau qui suit fait la comparaison entre l'échantillon prévu et l'échantillon réalisé.

Tableau 11 : Structures prévues et réalisées

Structures sanitaires	Prévues	Réalisées
Hôpitaux	9	11
Centres SOU	8	3
Centres de santé	11	11
Postes de santé	10	10

Source : Compilation données enquêtées (21 au 30/07/07)

Pour des contraintes budgétaires cinq (05) centres SOU, initialement prévus n'ont pas été enquêtés. Il s'agit des centres SOU suivants :

Tableau 12 : Centres SOU non enquêtés par région

Régions	Centres SOU
Tambacounda	Goudiry – Bakel
Fatick	Gossas – Sokone – Foundiougne
Kaolack	Kafrine - Koungheul

Source : Compilation données enquêtées (21 au 30/07/07)

2) Bilan de l'enquête quantitative

Au cours de l'enquête, le consultant a utilisé cinq (05) types de questionnaires (voir en annexe, le contenu détaillé de ces instruments de collecte).

Le bilan de la collecte par initiative se présente comme suit :

Q2.1 : Gratuité accouchements dans les postes et centres de santé

Au total, deux (02) questionnaires ont été administrés dans les postes de santé et, trois (03) dans les centres de santé.

Q2.2 : Gratuité césarienne dans les centres SOU

Au terme des opérations, trois (03) questionnaires ont été administrés dans les centres SOU.

Q2.3 : Gratuité césarienne dans les hôpitaux

La région de Dakar n'étant pas concernée par cette initiative, sept (07) questionnaires ont donc été administrés dans les hôpitaux.

Q2.4 : Plan sésame dans les hôpitaux

Pour ce qui concerne l'initiative, onze (11) questionnaires ont été remplis.

Q2.5 : Plan sésame dans les centres et postes de santé

Au total dix (10) questionnaires ont été administrés dans les postes et onze (11) dans les centres de santé.

La répartition des questionnaires administrés par région, initiatives et structures sanitaires se présente comme suit :

Tableau 13 : Bilan collecte par région, structures et initiatives

Régions	Q2.1		Q2.2	Q2.3	Q2.4	Q2.5		Total
	PS	CS	CS-SOU	Hôpital	Hôpital	P.S	CS	
Dakar	-	-	-	-	4	3	5	12
Ziguinchor	2	1	-	1	1	2	1	8
Kolda	-	1	-	1	1	-	1	4
Tambacounda	-	1	1	1	1	1	-	5
Kaolack	-	-	-	1	1	3	1	6
Louga	-	-	-	1	1	-	1	3
Saint-Louis	-	-	-	1	1	-	1	3
Thiès	-	-	2	1	1	1	1	6
Total	2	3	3	7	11	10	11	47

Source : Compilation données enquêtées (21 au 30/07/07)

2.1. Les niveaux de fréquentation

Le nombre de personnes ayant bénéficié des initiatives par région est mentionné dans les tableaux suivants :

Tableau 14 : Nombre de césariennes effectuées par région et année dans les hôpitaux

Régions	Avant initiative			Après entrée en vigueur initiative		
	2002	2003	2004	2005	2006	30/06/2007
Kaolack	ND	ND	ND	NA	402	319
Thiès	ND	ND	ND	NA	801	525
Tambacounda	237	291	307	358	370	178
Kolda	ND	198	215	252	286	95
Saint-Louis	ND	ND	453	NA	534	304
Ziguinchor	ND	401	405	564	640	220
Louga	ND	223	264	NA	510	205

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

NB : ND = chiffres non disponibles ; NA = initiative non en vigueur

On note une évolution des césariennes effectuées dans les hôpitaux des régions enquêtées depuis l'entrée en vigueur de l'initiative.

A l'hôpital de Tambacounda, le nombre de césariennes passe de 835 cas avant l'entrée en vigueur de l'initiative à 906 cas après la mise en œuvre de l'initiative soit une augmentation de 8,6%.

A Ziguinchor, 806 patientes ont été opérées avant l'entrée en vigueur et 1424 patientes après soit, une augmentation de 76,67%.

A Kolda, 413 opérations ont été effectuées avant l'entrée en vigueur de l'initiative et 633 après soit une augmentation de 53,27%.

Tableau 15 : Nombre de personnes âgées soignées après l'entrée en vigueur de l'initiative.

Régions	Années		Total
	2006	Jan/Juin 2007	
Kaolack	1272	4569	5841
Thiès	2113	5354	7467
Tambacounda	1596	2489	4085
Kolda	ND	1153	1153
Saint-Louis	11763	9256	21019
Ziguinchor	115	626	741
Louga	8829	29519	38348
Dakar	3411	20263	23674
Total	29099	73229	102328

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07) ND : Données non disponibles

NB : Avant l'entrée en vigueur de l'initiative, les structures enquêtées ne tenaient pas de registres destinés aux personnes âgées, par conséquent, les données relatives aux années précédant l'initiative ne sont donc pas disponibles.

Notons que durant les dix (10) mois d'application du plan Sésame, les activités des structures enquêtées se sont intensifiées.

Le nombre de personnes soignées passe de 29 099 en 2006 à 73 229 entre Janvier / Juin 2007 soit une augmentation de 44 130 personnes.

A Dakar, le nombre de personnes âgées ayant fréquenté les structures sanitaires est passé de 3411 individus à 20 263 soit une augmentation de 16 852 individus.

Tableau 16 : Nombre d'accouchements réalisés après l'entrée en vigueur de l'initiative par région et année.

Régions	Années			Total
	2005	2006	2007	
Tambacounda	ND	1 179	1 170	2 349
Kolda	1 833	1 619	809	4 261
Ziguinchor	1 875	ND	ND	1 875
Total	3 708	2 798	1 979	8 485

Source : compilation données enquête (22 au 30/07/07)

NB : Les chiffres ne concernent que le district des chefs-lieux de régions. Dans la région de Louga, cette initiative n'est pas encore appliquée.

2.2. Le décompte des moyens

Les moyens ciblés sont les kits et les préfinancements

2.2.1. Décompte des kits

En ce qui concerne le décompte des kits, les informations obtenues après plusieurs passages des enquêteurs sont celles des districts de Ziguinchor, Thiadiaye et Mbour. Le décompte des kits dans ces districts se présente comme suit par année.

Tableau 17 : Décompte des kits d'accouchements reçus et utilisés dans le district sanitaire de Ziguinchor.

Rubriques	2004	2005	2006	2007
Nombre de kits reçus	415	410	3179	1526
Date (jj. m)	31/12	05/07	20/10	02/06
Nombre de kits utilisés	ND	602	ND	ND
Date (jj. m)		Sept		
Restant	415	223		
Date (jj. m)				

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

NB : L'initiative de gratuité des accouchements a débuté en septembre 2005 dans le district de Ziguinchor.

Dans ces districts, les premières interventions relatives à cette initiative ont débuté au mois de Février 2007.

Tableau 18 : Décompte des kits césariennes reçus et utilisés dans le district sanitaire de Thiadiaye et de Mbour.

Rubriques	Thiadiaye	MBour
Nombre kits reçus	164	176
Date (jj/m)	02/2007	20 /11/06
Nombre kits utilisés	70	1
Date (jj/m)	06/07	06/07
Restant	94	175

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

Signalons que pour cette initiative, le point faible est essentiellement le contenu des kits qui sont dans leur grande majorité incomplet. C'est ainsi que dans le district de Mbour, sur 176 kits reçus, un seul a pu être utilisé.

2.2.2. Décompte des préfinancements

Le décompte des préfinancements reçus et des dépenses effectuées pour les opérations de césariennes dans les hôpitaux enquêtés se présente comme suit par région.

Tableau 19 : Décompte préfinancements reçus et dépenses effectuées par l'hôpital de Ziguinchor

Rubriques	Années		
	2005	2006	2007
Montant préfinancement	20 000 000	20 000 000	0
Date (jj. m)	ND	ND	ND
Montant dépensé	31 020 000	35 200 000	12 100 000
Date (jj. m)	31/12	31/12	22/06/07
Déficit (-)	11 020 000	15 200 000	

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

Tableau 20 : Décompte préfinancements reçus et dépenses effectuées par l'hôpital de Tambacounda

Rubriques	Années		
	2005	2006	2007
Montant préfinancement	19 104 448	35 000 000	
Date (jj. m)	11/05	07/06	06/07
Montant dépensé	19 580 000	20 350 000	9 790 000
Date (jj. m)			
Déficit (-) gain	- 475 552	14 650 000	- 9 790 000

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

Tableau 21 : Décompte préfinancements reçus et dépenses effectuées par l'hôpital de Saint-Louis.

Rubriques	Années	
	2006	2007
Préfinancements reçus	20 270 000	0
Date (jj. m)	11/06	
Dépenses effectuées	36 000 000	17 936 000
Date (jj. m)	Novembre	Juin
Déficit (-) gain	- 15 730 000	- 17 936 000

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

Tableau 22 : Décompte préfinancements reçus et dépenses effectuées par l'hôpital régional de Louga

Rubriques	Années	
	2006	2007
Préfinancements reçus	12 265 000	ND
Date (jj. m)	20/11/06	
Dépenses effectuées	28 050 000	11 275 000
Date (jj. m)	31/12/06	23/05/07

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

Décompte des montants reçus en préfinancements pour la prise en charge du plan Sésame dans les hôpitaux et CS se présente comme suit par région.

Tableau 23 : Décompte préfinancements reçus et dépensés par l'hôpital régional de Louga et CS de Dahra.

Rubriques	Années	
	2006	2007
Préfinancements reçus	20 000 000	ND
Date (jj. m)	20/11/06	
Dépenses effectuées	16 617 500	14 244 234
Date (jj. m)	31/12/06	22/05/07

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

Tableau 24 : Valeurs soins et valeurs reçues en contrepartie dans dix centres et un poste de santé de la région de Dakar (plan sésame).

Rubriques	Années	
	2006	2007
Valeurs soins	7 974 110	17 080 769
Montants reçus en remboursement	2 591 148	2 872 400

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

Tableau 25 : Valeurs soins et valeurs reçues en contrepartie par l'hôpital de Kaolack et quatre postes de santé du département de Kaolack (plan Sésame).

Rubriques	Années	
	2006	2007
Valeurs soins	10 120 801	30 379 530
Montants reçus en remboursement	232 770	1 000 000

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

Tableau 26 : Valeurs soins et valeurs reçues en contrepartie par l'hôpital de Kolda et un poste de santé (plan Sésame).

Rubriques	Années	
	2006	2007
Valeurs soins	8 461 955	15 965 037
Montants reçus en remboursement	7 000 000	30 000 000

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

Tableau 27 : Valeurs soins et valeurs reçues en contrepartie par l'hôpital de Saint-Louis.

Rubriques	Années	
	2006	2007
Valeurs soins	4 382 450	37 460 350
Montants reçus en remboursement	20 000 000	20 000 000

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

Tableau 28 : Valeurs soins et valeurs reçues en contrepartie par l'hôpital de Ziguinchor

Rubriques	Années	
	2006	2007
Valeurs soins	5 822 135	9 108 480
Montants reçus en remboursement	20 100 000	20 000 000

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

Tableau 29 : Valeurs soins et valeurs reçues en contrepartie par l'hôpital de Thiès

Rubriques	Années	
	2006	2007
Valeurs soins	32 921 430	61 165 371
Montants reçus en remboursement	20 000 000	20 000 000

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

2.3. Contrôles de la cible

Les vérifications qui sont faites pour s'assurer de l'éligibilité des bénéficiaires sont les suivantes par initiative :

a) Plan Sésame

La quasi-totalité des structures enquêtées exige comme préalable à l'accès aux soins la pièce d'identité numérisée.

Après la présentation de ce document, le bureau des entrées procède à :

1. la vérification de la conformité de l'âge (60 ans et plus),
2. l'identification de la personne et de la photo,
3. la vérification du document de référence.

b) Césarienne

Les structures déclarent privilégier l'urgence au détriment de l'éligibilité. Les documents demandés aux accompagnants pour la prise en charge de la patiente sont :

1. la fiche de liaison
2. le protocole opératoire

c) Accouchement

Le même cas de figure est de mise pour cette initiative. Toutes les femmes qui se présentent à la maternité sont aussitôt prises en charge.

Le seul document demandé aux accompagnants est le carnet de consultation prénatale.

2.4. Canaux d'information utilisés

Les canaux d'information utilisés pour informer les bénéficiaires potentiels de l'existence de l'initiative sont multiples et variés.

Le tableau ci-dessous répertorie l'essentiel des canaux utilisés par les structures sanitaires enquêtées.

Tableau 30 : Canaux d'information utilisés par initiative

Canaux d'information utilisés	initiative		
	Plan Sésame	Césarienne	Accouchement
Médias (radio-télévision)	X	X	X
Communication interpersonnelle	X	X	X
Personnel médical (sage-femme, gynécologue)		X	X
Association des retraités	X		

Source : Compilation données enquête (22 au 30/07/07)

Ce tableau indique qu'en plus des médias (radio-Télévision) utilisés pour toutes les initiatives, il est fait appel selon l'initiative à des canaux spécifiques de communication.

Concernant la césarienne et l'accouchement, le personnel médical (sage-femme et gynécologue) profitent des visites prénatales pour informer de l'existence de ces initiatives. Les associations des retraités diffusent les informations concernant le plan Sésame durant les journées de paie des pensions.

3) **Bilan de l'enquête qualitative**

L'autre approche du consultant est constituée d'entretiens avec les personnes ressources (voir liste en annexe).

Ces entretiens portent pour l'essentiel, sur les points forts, les points faibles ainsi que les suggestions pour une meilleure gestion des initiatives retenues par l'étude.

Tableau 31 : Avis et suggestion des prestataires sur les initiatives de gratuité

Initiatives	Points forts	Points faibles	Suggestions
Césariennes	<ul style="list-style-type: none"> • Adhésion des populations • Rapidité de la PEC • Sécurité mère et enfant mieux assurée 	<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge travail des gynécologues • Utilisation irrégulière du partogramme aux patientes • Contenu kit incomplet • Mise en place tardive des préfinancements • Déstabilisation ressources financières 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à disposition des kits complets • Mettre en place des subventions régulières et exhaustives pour éviter les ruptures de stocks
Accouchements	<ul style="list-style-type: none"> • Plus grande adhésion des populations • Rapidité des interventions 	<ul style="list-style-type: none"> • Contenu kit incomplet • Surcharge travail • Comptes des structures en déficit constant 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place dans les meilleurs délais (maximum tous les 2 mois) les préfinancements
Plan sésame	<ul style="list-style-type: none"> • Très forte affluence des patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge de travail pour le personnel • Conflits permanents entre personnel soignant et les patients • Déficit chronique des caisses des comités de santé • Diminution des recettes • Retards dans le paiement salaires personnel subalterne 	<ul style="list-style-type: none"> • Accélérer les procédures des préfinancements • Campagne de sensibilisation pour atténuer l'affluence des personnes âgées dans les CS et hôpitaux

Source : Données enquête de terrain

ANNEXE 2 :
Compte-rendu de la réunion tenue à Saly

Dakar ce : mercredi 7 mai 2008

MEMORANDUM

1. Termes de référence de la rencontre

L'étude commanditée par le MSP avec l'appui de l'USAID/Abt concerne les initiatives suivantes : *la gratuité des accouchements et césarienne, la gratuité des soins aux personnes âgées et le fonds social mis à la disposition des cas sociaux*. Elle a été confiée aux Consultants (MM. Ndiaye et Diémé) et devra durer 20 jours ouvrables soit environ un mois calendaire. A l'effet de mieux cadrer l'objet de cette étude, son contexte et sa portée, les Consultants ont voulu profiter de la réunion de la plupart des décideurs et techniciens de la Santé à Saly pour y rencontrer l'équipe de supervision et d'autres personnes ressources. Cette réunion dont les principaux résultats sont exposés ci-après a eu lieu ce 19 juin.

2. Principaux résultats

Validation de la compréhension des termes de référence

La rencontre a débuté par un exposé des consultants sur les TDR a permis au Commanditaire de valider leur compréhension. Cependant quelques suggestions ont été formulées pour éviter certains biais possibles :

- Documenter aux mieux les analyses et avis pour éviter d'être prisonnier les interprétations des responsables des structures qui seront visitées (hôpitaux et centres de santé) ou de certains préjugés (« les initiatives menacent la viabilité des structures opérationnelles ») : e.g. exploitation des registres de données sur les soins pour les personnes âgées notamment pour prendre l'exacte mesure de la charge que représente la gratuité des soins à cette catégorie de patients ;
- Tenir compte des paramètres économiques : incidences réelles des modes de compensations (médicament ou monnaie) sur les comptes des prestataires.
- Recouper les informations avec les données de la PNA ;

- Utiliser les données secondaires contenues dans certaines évaluations récentes, notamment l'initiative portant sur la gratuité des accouchements et césariennes ;
- Faire des recommandations pertinentes et succinctes mais qui, surtout, peuvent être opérationnalisées facilement, avec une claire indication de leur schéma de mise en œuvre.

Le commanditaire s'attend à un descriptif objectif et une analyse sans complaisance basée sur des données et faits irréfutables.

Cadre de l'étude.

L'étude a été commanditée dans le cadre général d'une réflexion menée au ministère de la Santé sur la problématique de l'assurance maladie. Les conclusions sont destinées à alimenter la partie concernant l'assurance de type non contributive. Il est prévu une étude complémentaire qui cette fois portera sur les bénéficiaires essentiellement. Pour l'heure, les Consultants ont dit préférer ignorer ce second aspect pour se concentrer sur leur mandat actuel.

Précisions sur les cibles de l'étude

Les interlocuteurs pour les initiatives « Accouchements et Césariennes » et le plan Sésame ont été bien identifiés ainsi que les structures chargées de leur mise en œuvre. En ce qui concerne le Fonds Social, il s'agirait d'un programme géré par le ministère en charge du développement social. Le Consultant investira les sources d'information disponibles sur ce Fonds qui semble-t-il serait doté d'une volet « assistance santé ». Il ne s'agit pas d'une initiative logée au MSP.

Références : structures à visiter et documentation

Dans l'impossibilité de toucher tous les prestataires concernés par ces initiatives, les Consultants vont procéder à un échantillonnage dont le taux, les pas et la composition seront proposés au Commanditaire. Les services centraux, d'administration ou de coordination de ces initiatives seront toutes visitées : PNA, IPRES, Directions et Services du Ministère de la Santé, Administrateurs, etc.

En ce qui concerne les références documentaires, les Consultants ont été invités à d'exploiter les données issues des études que les membres du comité de pilotage mettront à leur disposition : Dr. Farba SALL (étude CEFORB), Dr. A. FALL (textes réglementaires relatifs aux initiatives, expériences d'autres pays) ; Pr. François DIOP (études et expériences). Il a été demandé au Dr. A. FALL de faciliter l'accès des Consultants aux diverses structures concernées en produisant une circulaire d'information sur la mission d'étude et une lettre d'introduction auprès des structures en dehors du MSP : IPRES, Ministère en charge du Fonds Social, notamment.

Edouard JG DIEME, MSc. Consultant.

ANNEXE 3 :

Lettre d'introduction des consultants



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE ET DE
LA PREVENTION MEDICALE

LE MINISTRE,

N° 4855

N°...../MSPM/CAB/CAFSP

Dakar, le 04 JUIL. 2007

LETTRE CIRCULAIRE

Dans le cadre de la réflexion autour de l'assurance maladie, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale pilote l'évaluation de 3 (trois) grandes initiatives de subvention des soins par l'Etat à savoir la gratuité des accouchements et césariennes, le plan SESAME et le fonds de développement social.

Dans ce cadre les deux consultants que sont Mr Omar NDIAYE et Mr Edouard Jean Gabriel DIEME ont été mandatés pour se rendre dans les régions.

Vous voudrez bien prendre toutes les dispositions nécessaires pour leur faciliter la collecte des informations.

Destinataires :

- A-
- Messieurs les Gouverneurs de région
 - Mesdames, Messieurs les Médecins Chefs de région.

Le Ministre
Dr Issa Mbaye SAMB

ANNEXE 4 :

Extrait du Rapport d'Orientation Méthodologique sur le déroulement

La méthodologie adoptée par les Consultants est articulée autour des points suivants :

- Données sur les initiatives concernées :
 - Revue documentaire : textes réglementaires, rapports d'activités, rapports d'évaluation, etc.
 - Rencontres avec les décideurs
 - Rencontres avec les administrateurs de ces initiatives
 - Rencontres avec les prestataires
 - Recherches sur des expériences similaires réussies ailleurs dans le monde, en Afrique en particulier.
- Présentation, description et analyse des cadres institutionnels de ces initiatives
- Description et évaluation du cadre de gestion de ces initiatives :
 - Méthodes de ciblage
 - Modalités de mise en oeuvre
 - Mécanismes de Suivi des réalisations
 - Mécanismes de supervision
 - Mécanismes de supervision
 - Rapports d'activités
 - Rapports d'évaluation
- Evaluation des initiatives
 - Résultats obtenues
 - Incidences financières sur les prestataires
 - Coûts actuels et projections financières
 - Analyse de la viabilité
- Recommandations :
 - Bien-fondé des initiatives
 - Efficacité et Efficience
 - Viabilité financière des mécanismes actuels

- Pour les prestataires
- Pour l'Etat
- Extension, Réplication.

Cette approche méthodologique va, pour son implémentation, nécessiter des données secondaires mais aussi et surtout des données de première main (primaires). A ce titre, les Consultants proposent une extension de leur prestation pour inclure une mission d'enquêtes à Dakar et dans les autres régions.

Face au manque d'évaluation exhaustive et systématique de ces initiatives, les interprétations et déclarations les plus diverses sont rapportées par celles-ci.

C'est déjà là une raison suffisante pour effectuer une descente sur le terrain afin de valider certaines opinions et, surtout de pouvoir les documenter. Cela participe également d'une meilleure appréciation des résultats qui sont rapportés.

Cependant, les délais de réalisation de cette étude sont assez courts pour inclure une bonne activité de collecte de données sur le terrain.

L'équipe de Consultants propose donc de recourir à des enquêteurs professionnels⁵⁰ pour mettre en œuvre efficacement son plan de recherche de données primaires.

Le plan de collecte de données⁵¹ dont le budget figure en annexe va concerner les entités suivantes :

- Pour l'initiative « gratuité des A/C »
 - Hôpitaux
 - Ziguinchor, Kolda, Kaolack, Tambacounda, Louga.
 - Centres de Santé avec SOU :
 - Goudiry, Kédougou, Kounguel, Bakel, Kaffrine, Gossas, Sokone et Foundiougne.
- Pour le Plan SESAME
 - Structures visitées dans le cadre des A/C
 - Hôpitaux : Saint-Louis et Thiès : (Hôpital Régional et Hôpital Saint Jean de Dieu)– Dakar (HALD, HOGY, HALD,FANN)

⁵⁰ Le recrutement se fera au niveau du personnel de l'ANSD en poste dans ces localités.

⁵¹ Pour le moment, ce plan ne concerne que les deux initiatives que sont la gratuité des accouchements et césariennes et le plan SESAME.

- Centres de santé de Dakar : Dominique, Roi Baudouin, Nabil Choucair, Gaspard Camara et Mbao.

L'organisation et la gestion de l'enquête de terrain se feront sous la responsabilité et la supervision directe des Consultants. Le programme a été budgétisé à **Fcfa 2 350 000**. Il pourra être formalisé selon la forme qui conviendra au Commanditaire. Enfin, l'une des conditions restant à remplir pour la visite des structures et la poursuite des entrevues est la **lettre d'accréditation** des Consultants. L'enquête effective sera précédée d'un pilote qui concernera un EPS et un centre SOU de la région de DAKAR. Les résultats de ce test permettront d'affiner le questionnaire du volet « Prestataire » de l'enquête.

ANNEXE 5 :

Liste des personnes rencontrées

Nom Prénom	Fonction	Lieu résidence	Téléphone	Email
Sagna Léon	Responsable SSI	Ziguinchor	5569810	sagnaléon@yahoo.fr
Dabo Papa	Responsable SAF	Ziguinchor	6578106	probodabo@yahoo.fr
Fatou Badji Harris	Maîtresse sage femme	Ziguinchor	9911154	
Mactar Sy	Responsable bureau entrée	Ziguinchor	5572672	
Assane Diatta	I.C.P	Ziguinchor	5640904	
Seydou B. Diatta	I.C.P	Ziguinchor	9913509	
F. B. Ndour Sané	Coordinatrice SR	Ziguinchor		
Diédhiou	Superviseur SSP	Ziguinchor		
Badiane Ousseynou	M.C.D	Ziguinchor		
Diouf Ibrahima	Gestionnaire C.S	Ziguinchor	5741623	
Dr MBAYE	M.C.R	Kolda	3556774	mbayepf@yahoo.fr
Dougouré Diame	Infirmier major	kédougou	6493014	
Fall Amadou	Responsable SSP	kédougou	9851004	amefall@yahoo.fr
Faye Diouma	M.S.F	kédougou		
Diawara Lamine	M.C.R	tamba	6830318	
Camara Ousmane	T.C.C	St louis		
Diop Cheikh Tidiane	B.EPS	St louis		
Traoré Mamadou	R.B	Louga	6530071	
Sarr B.B	R.EPS	Louga		
Dr Andrien S.	M.C.CS.Y.MB.D.	Dakar		
Dr Mamadou M.	M.C.SC.M.P	Dakar		
Dr Abdou Karim Diop	M.C.CS.D	Pikine		
Dr Ousseynou	M.C.CS.M.	Ouakam		

Ka				
Mme Mbaye M.Ndiaye	I.C.P/ FITH MITH	Guédiawaye		
Dr Elh. M.Ndiaye	M.C.CS.M	Dakar		
Ndongo MB.	I.C.P Bourguiba	Dakar		
Djiby Diop	I.C.P Diamaguene	Dakar		
Daouda Dieng	D.H.FANN	DAKAR	6378332	
Saliou Diallo	D.HOGGY	Dakar		
CL Massamba Diop	Direct HALD	Dakar	6381260	
Mourade D.Gueye	Adj. direct Abass NDAO	DAKAR	8497800	
Papa A.DIACK	M.C.R	THIES	6372280	papadiack@yahoo.fr
Dr Pape Amadou Diack	MCR Région médicale	THIES		
Mme Marie Senghor Mane	SR Région médicale	THIES		
Mme Ndong Léna Ndao	Plan Sésame Région médicale	THIES		
Victor Sagna	Directeur Hôpital	THIES		
Samba Wane	Plan Sésame Hôpital	THIES		
Dr Fatou Ndiaye	Gynécologue	THIES		
Dr Soly Ly	Gynécologue	MBOUR		
Dr Abdoul Aziz Diouf	Gynécologue	THIES		
Commandant Serigne Ndao	Hôpital Principal	DAKAR		
Babacar Wade	ACP Hôpital Principal	DAKAR		
Mohamed Fadel Fall	Adjoint ACP	DAKAR		
Lt Colonel Massamba Diop	Directeur Hôpital le Dantec	DAKAR		
Ibrahima Ba	SAF Hôpital le Dantec	DAKAR		
Saliou Diallo	Directeur Hôpital Général Grand Yoff	DAKAR		

Abib Ndiaye	SAF Hôpital Général Grand Yoff	DAKAR		
Thierno Seydou Ndiaye	Chef de service Hôpital Général Grand Yoff	DAKAR		
Colonel Daouda Diène	Directeur CHN Fann	DAKAR		
M. Diallo	ACP CHN Fann	DAKAR		
Dr Coume	Bureau 3ème âge			
Mlle Cogna Wade	Bureau 3ème âge			
Mohamed Gueye	Bureau 3ème âge			
Dr Pape Birane Ndiaye	PNA			
Dr Marie Khémess Ngom	Directeur région médicale	Dakar		
Youssoupha Ndiaye	DAGE			
Mandiaye Diop	Budget			
Pathé Gueye	SAF Hôpital de Kaolack	Kaolack		
Dr Dabé Ndiaye	Région médicale	Kaolack		
Mme Thiam	Région médicale	Kaolack		
Mme Kane Ndiaye	Région médicale	Kaolack		

Annexe 6 :

Listes des enquêteurs

Nom et prénoms	Lieu de résidence	Téléphone	Email
Marème Niang	kolda	6961032	
Moussa Keita	Tamba	9378034	souncalydjikine@yahoo.fr
Ousmane Sarr	Kaolack	6315156	
Alioune Niass	St louis	6457060	niassalioune@yahoo.fr
Joseph Ndiaye	Louga	4353872	joelgami@yahoo.fr
Seydou Mbaye	Dakar	5101004	
Mme Dior Kanté	RM. / DAKAR		
Mme Niang affisatou Boye	RM/Dakar		
Mme Diallo Eveline Diédhiou	RM / DAKAR		

Annexe 7:

Bibliographie

- Projet de mise en œuvre du système de solidarité « SESAME » (Bureau de la Santé des Personnes âgées).
- Compte rendu de la réunion du 27/07/2005 du Comité de suivi de l'initiative de prise en charge gratuite de l'accouchement et de la Césarienne.
- Décision de versement aux EPSH d'un montant 26 510 000 FCFA pour la prise en charge des accouchements et des césariennes au profit des indigents.
- Le forfait Obstétrical en Mauritanie
- Exemple de rapport de rapport mensuel (cas de CHR Ziguinchor) sur les AC
- La protection sociale au service du Développement ; réflexions à partir de l'expérience sénégalaise. 2005. Evelyne Baumann.
- Rapport sur le résultat de l'utilisation du KIT de Césarienne à la CGO de HALD.
- Rapport d'achèvement du projet SANTE IFAD, Dr. M. SAKHO- Juin 2005.
- Exposé du Dr. BALLA MBOUP, MCR à un CRD à FATICK sur le lancement de l'initiative de la gratuité des AC dans les structures sanitaires de la région. Date (?)
- Atelier de restitution de la supervision sur la gratuité des accouchements, césariennes et le plan sésame ; Foundiougne 22-23 février 2007
- Etude sur l'initiative de la gratuité des AC ; MSPM – DSSP.
- **Fiche technique à la haute attention de Monsieur le Président de la République relative à l'initiative de prise en charge gratuite de l'accouchement et de la césarienne. MSPM**
- Composition des KITS. MSPM/DS/DSR
- Supervision effectuée du 07 AU 16 janvier 2007 ; Présentation des résultats par Dr Fatou Nar Mbaye Diouf/DSR
- Situation de la gratuité des Césariennes au 27.05.2007 par Dr Fatou Nar Mbaye Diouf/DSR.
- Note technique de la CAF sous la Direction du Dr. Aboubacry FALL.

- Nombre et coût des césariennes effectuées par région en 2005 et 2006 (source MSPM/DS/DSR 2006)
- Fiche technique sur l'initiative de prise en charge gratuite de l'accouchement et la césarienne dans les régions de Matam, Fatick, Tambacounda, Kolda et Ziguinchor (source MSPM/DS/DSR juillet 2004)
- Fiche technique sur l'initiative de prise en charge gratuite de l'accouchement et de la césarienne (source MSPM/DS/DR décembre 2004)
- DSRP II : Santé et Pauvreté, juillet 2006 – MEF – République du Sénégal
- Enquête démographique Santé (EDS), 2005-MEF
- Plan national de Développement Sanitaire du Sénégal (1998-2007)
- DSRP I (2003-2005)
- Chronologie rétrospective DSSP/MSPM/Janvier 2006
- Arrêté N°010471010111/MSPM/DAGE du 12/11/04
- Arrêté N°010471/MSPM/DAGE du 26/11/04
- Constitution du Sénégal adoptée le 07/01/01, mariage et famille – article 17
- Lettre N°7326/MSP/DS du 30/12/03 du MSP
- Note de service N°876/MSP/DS du 17 février 2004
- Arrêté 003432/MSP/DS du 24 Mars 2004
- Note N°906/MSP/DS du 09/08/04
- Message à la Nation lors du 46^{ème} anniversaire de l'indépendance 03/04/06
- Note circulaire N°6436/MSP/CT/suivi
- Lettre circulaire N°5633/MSPM/IAAF/SP du 02/08/06
- Travaux de Ricardo Bitran et Ursula Giedion, Banque Mondiale, Mars 2003
- Fiche technique sur l'initiative de prise en charge gratuite de l'accouchement et la césarienne dans les régions de Matam, Fatick, Tambacounda, Kolda et Ziguinchor MSPM/DS/DSR, Juillet 2004
- Fiche technique sur l'initiative de prise en charge gratuite de l'accouchement et de la césarienne – MSPM/DS/DSR, Décembre 2004
- Nombre et coût de césariennes effectuées par région en 2000 et 2006, MSPM/DS/DSR, 2006

Annexe 8:

Message à la nation du Président de la République, Me Abdoulaye WADE

► **Message à la nation à l'occasion de la célébration du 46-ème anniversaire de l'Indépendance - 04 avril 2006 03-04-2006**

Sénégalaises, Sénégalais,

-Mes chers Compatriotes,

- Chers frères et sœurs africains et hôtes étrangers qui vivez parmi nous,

Demain, mes Chers Compatriotes, nous célébrons, à l'unisson, le 46ème anniversaire de notre accession à la souveraineté internationale.

La Fête de l'indépendance, parce qu'elle commémore notre liberté individuelle et collective retrouvée, est d'abord une belle symphonie nationale où chaque sénégalaise, chaque sénégalais, joue harmonieusement sa partition.

Le mérite de sa célébration et, surtout, de sa réussite, revient donc à chacun de vous et je voudrais, en vous disant toute ma fierté, vous adresser mes chaleureuses félicitations.

Cette année encore, l'évènement portera le sceau indélébile du bon voisinage et du panafricanisme ; deux aspirations fortes du peuple sénégalais, qui nous valent la présence à nos côtés de nos frères Denis Sassou Nguesso, Président de la République du Congo, Président en exercice de l'Union Africaine, El Hadj Omar Bongo Ondimba, Président de la République Gabonaise, Mouammar Kadhafi, Guide de la Révolution de la Grande Jamahiriya Arabe Libyenne Populaire et Socialiste, Joao Bernardo VIEIRA, Président de la République de Guinée Bissau et Pedro Verona Rodriguez Pires, Président de la République du Cap Vert.

En votre nom et au mien propre, je remercie sincèrement nos illustres hôtes d'avoir bien voulu répondre à mon invitation, malgré leur calendrier chargé.

J'ai une pensée pieuse pour Léopold Sédar Senghor. En cette année du centenaire de sa naissance, nous revient le souvenir impérissable de sa contribution inestimable à l'édification d'une Nation unie dans sa diversité, et d'un Etat moderne et respecté dans le monde.

Au-delà des contingences politiques, une certaine complicité intellectuelle me liait au Président Senghor. Nous avions aussi, l'un pour l'autre, un profond respect et une réelle estime.

Par cette relation apaisée que j'avais avec lui, j'étais à la fois son opposant politique et son partenaire dans la gestation et la pratique d'une démocratie pluraliste au Sénégal.

Esprit brillant, humaniste, chantre de la Négritude et de la Francophonie, grand défenseur de la civilisation de l'Universel, le Président poète appartient certes à notre patrimoine historique, mais il était aussi un citoyen du monde.

Aussi, voudrais-je que la célébration de l'année Senghor que j'avais lancée par décret dès Janvier 2005, soit à l'image de l'homme dans toutes ses dimensions. Je lui consacrerai ultérieurement un Conseil présidentiel, notamment pour annoncer le reste des activités commémoratives et rendre ainsi à Sédar ce qui appartient à Sédar.

Je disais tout récemment dans un témoignage que je lui ai consacré, que « les poètes sont comme le soleil qui meurt au crépuscule pour renaître plus beau à l'aurore, comme si la mort prolongeait la vie au sanctuaire des immortels ».

Que nos prières continuent d'accompagner Léopold Sédar Senghor pour qu'il repose dans la paix éternelle.

Mes Chers Compatriotes,

Je vous avais entretenu, dans mon adresse à l'occasion du Nouvel An, de l'état d'ensemble de notre économie ainsi que des programmes en cours d'exécution.

Je vous redis ici toute ma détermination à maintenir avec vigueur la cadence nécessaire à la réalisation du projet de société que j'ambitionne pour notre pays.

C'est ainsi que le Gouvernement s'attelle à la simplification des procédures, avec l'ouverture du portail WEB des démarches administratives qui offrira directement aux usagers des informations exhaustives et à jour sur les procédures administratives.

Cela signifie que désormais, au lieu de vous déplacer, que vous soyez au Sénégal ou à l'étranger, vous pourrez obtenir de l'administration tous les renseignements en entrant dans le site créé à cet effet.

Ce nouvel outil de bonne gouvernance, qui sera également disponible dans les services d'accueil des Ministères, va réduire sensiblement les déplacements souvent coûteux des usagers et améliorer l'efficacité du service public.

Le Sénégal des grandes mutations est déjà en marche, mais il nous faut sans cesse accélérer le pas pour rester au rythme du 21^{ème} siècle ; un siècle de vitesse, d'urgences et de compétition.

Dans cette quête du progrès, le devoir de solidarité nous commande d'avancer ensemble pour que personne ne reste au bord de la route parce que rattrapé par les vicissitudes de la vie.

Le Plan Jaxaay et la couverture médicale gratuite pour les personnes âgées de 60 ans et plus répondent à cet impératif de justice sociale et de solidarité nationale.

Je suis heureux de vous annoncer ce soir que le Plan Jaxaay, qui sera étendu à l'échelle du pays, continue de prendre forme comme je l'ai personnellement constaté avec satisfaction sur le site.

Grâce aux diverses subventions et facilités accordées par l'Etat, les coûts d'acquisition seront largement amoindris et le paiement échelonné sur plusieurs années.

Comme vous le savez, j'ai décidé d'accorder les médicaments gratuits aux personnes âgées. Cet acte traduit l'idéal de solidarité intergénérationnelle si caractéristique de notre peuple.

En effet, chez nous, chacun nourrit le rêve secret de vivre avec ses parents et de prendre soin d'eux. Mais lorsque, par la force des choses, ce rêve ne peut être réalisé, il est juste que la Nation s'en charge.

C'est pourquoi j'ai instruit le Ministre de la Santé et de la Prévention Médicale de concevoir, avec des partenaires comme l'Institut de Prévoyance Retraite, du Sénégal (IPRES), le Fonds National de Retraite la Faculté de Médecine de Dakar et les collectivités locales, un plan de couverture médicale permettant aux personnes âgées de bénéficier de soins gratuits dans des hôpitaux, centres et postes de santé sélectionnés sur l'ensemble du territoire national.

Une subvention de 700 millions de franc CFA sur fonds propres de l'Etat sera dégagée à cet effet pour couvrir ce nouveau système de solidarité dénommé «SESAME».

Mes Chers Compatriotes,

Il y a quelques semaines, l'enseignement supérieur a connu des perturbations suite à des problèmes de restauration des étudiants. Des mesures idoines ont été immédiatement prises pour apporter les correctifs nécessaires.

Le Gouvernement ne saurait, en effet, transiger sur la qualité des prestations offertes aux étudiants en ce sens qu'elles déterminent leurs conditions de vie et d'études.

Je souhaite que tous les partenaires comprennent qu'un Gouvernement qui consacre 40 % du budget national à l'éducation et la formation est un allié naturel.

Rien que pour l'université de Dakar, 4 milliards de francs CFA ont été investis dans la construction et la réhabilitation du campus pédagogique.

S'y ajoute un vaste programme résidentiel de 6.000 lits, financé à hauteur de 4 milliards répartis entre Dakar, Saint-Louis et les futurs campus sociaux de Ziguinchor, Bambey et Thiès.

Parallèlement, 4 milliards 500 millions ont été investis dans les infrastructures pédagogiques, socio-culturelles et administratives de l'Université Gaston Berger de Saint-Louis.

Mais il faut se rendre à l'évidence : l'Université de Dakar a largement dépassé ses capacités d'accueil.

C'est pourquoi, dès la rentrée prochaine, les Centres Universitaires régionaux de Bambey, Thiès et Ziguinchor seront opérationnels pour désengorger progressivement Dakar.

Suivront, plus tard, le Centre Régional Universitaire de Kaolack, orienté vers le commerce et les métiers de transport, celui de Tambacounda, spécialisé dans les Mines, et enfin de Diamniadio, au cœur de la Plateforme du Millenium, tourné vers les technologies de l'information et de la communication.

Au surplus, je rappelle que le Sénégal est l'un des rares pays au monde où tous les étudiants sont, soit boursiers, soit bénéficiaires d'aide. Il en est ainsi parce que pour un Sénégal émergent, j'ai volontairement misé sur la qualité des ressources humaines.

J'invite donc tous les acteurs du système éducatif à une sérieuse introspection. Dans ce tournant historique que connaît le monde, la quête des connaissances est le trait d'union qui nous relie à la société du savoir et de l'intelligence, le vecteur qui nous projette dans un futur prospère.

Et c'est pour préparer nos enfants aux réalités complexes du 21^{ème} siècle que nous devons aussi restituer à l'école ses attributs essentiels d'espace d'éducation, de culture, de civisme, de fraternité et de citoyenneté.

L'école ne doit pas être un lieu de compétition livré au dictat de la mode, mais plutôt un champ d'expression intellectuelle où les inégalités sociales s'effacent devant le culte de l'excellence.

C'est pourquoi j'engage fermement les pouvoirs publics, y compris les collectivités locales, à œuvrer sans délai pour la généralisation du port de l'uniforme à l'école. J'invite les partenaires de l'Education à soutenir nos efforts dans ce sens.

Par ailleurs, la vitalité de notre jeunesse me fonde à croire qu'elle peut être à l'avant-garde de la révolution agricole au Sénégal.

C'est fort de cette conviction que j'invite les jeunes à tirer parti du programme Retour Vers l'Agriculture « REVA » qui s'inscrit dans une stratégie de modernisation du secteur agricole et de création d'emplois par l'aménagement de fermes rurales, avec l'appui de l'Etat. Nous disposons, à cette fin, d'un premier lot de 510 tracteurs et autres accessoires.

Mes Chers Compatriotes,

La fête de l'indépendance est aussi et surtout celle de nos Forces Armées, puisqu'elle magnifie l'idéal Armée-Nation, viatique de nos soldats.

A vous, officiers, sous-officiers et hommes de troupes, je redis la fierté de la Nation pour votre dévouement au service de la paix et de la sécurité dans le monde, au-delà de vos multiples tâches relevant du devoir national.

Au demeurant, il est significatif que le défilé de cette année, sous le thème « Tradition et Solidarité » se déroule sous la bannière nationale mais également celles des Nations Unies, de l'Union Africaine et de la CEDEAO. C'est là une belle symbiose où s'harmonisent le souvenir du passé de nos armées, le respect dû à nos anciens combattants, notre foi dans la solidarité interafricaine et notre adhésion aux idéaux de l'Organisation mondiale.

L'Armée sénégalaise doit rester un creuset d'excellence, une synthèse achevée des compétences nationales.

Tel est le sens de la réforme en cours pour une plus grande ouverture de nos Armées aux femmes et aux jeunes filles.

Mes Chers Compatriotes,

Demain, c'est le Sénégal indépendant qui fête ses 46 ans. Mais la Nation sénégalaise, surgie d'un terreau fertile de valeurs nobles et anciennes, a germé bien avant les indépendances.

En effet, sur cette terre de paix, nos ancêtres ont toujours vécu en parfaite intelligence, dans le respect de leurs différences, cultivant sans cesse l'esprit de tolérance, de convivialité et d'amour du prochain.

De là, nous est venu le pacte social qui nous lie et transcende nos diversités en les fédérant autour d'un idéal partagé de vivre ensemble.

De là, je tire ma ferme volonté d'ouverture pour un dialogue politique sincère avec l'opposition.

De là enfin, je tiens ma détermination sans faille à poursuivre les négociations entamées avec le MFDC pour le retour définitif de la paix en Casamance.

En définitive, notre mérite à nous tous, Sénégalais de l'intérieur et de l'extérieur, sera de veiller jalousement à l'intégrité de ce legs précieux hérité de nos ancêtres pour le transmettre aux générations futures si nous voulons rester dignes de la devise qui nous rassemble : Un Peuple, Un But, Une Foi.

Je ne terminerai pas sans évoquer les délestages de la SENELEC qui ont causé ces derniers temps beaucoup de désagréments aux usagers aussi bien dans leur travail que dans leur vie familiale.

Je comprends et je mesure parfaitement la frustration des uns et des autres. C'est une situation difficile que je suis personnellement au quotidien pour lui apporter des solutions idoines.

Comme vous le savez, nous avons hérité d'un équipement électrique vieux qui était déjà d'occasion au moment de l'acquisition par le précédent régime.

Nous avons déjà engagé un programme de modernisation des installations de production de la SENELEC.

Vous savez certainement que nous ne sommes pas maître du prix du pétrole qui augmente selon la volonté des producteurs et des règles du marché.

Si chaque fois nous n'augmentons pas parallèlement les prix aux usagers, c'est simplement parce que l'Etat prend en charge cette hausse. Ce qui signifie que l'Etat accorde une subvention aux consommateurs.

Celle-ci se chiffre chaque année en plusieurs milliards.

J'ai déjà instruit le Gouvernement à l'effet d'accélérer le rythme de modernisation des centrales existantes parallèlement à l'installation de nouvelles unités, et de sécuriser en même temps l'approvisionnement du pays en produits pétroliers qui constituent l'essentiel des combustibles utilisés par la SENELEC.

Pour faire face à de tels problèmes, nous avons fait appel à nos amis de l'extérieur et toutes les dispositions sont prises pour qu'à l'avenir notre pays ait un approvisionnement régulier en produits pétroliers.

Je conclus sur ce pari optimiste en priant avec vous, Mes Chers Compatriotes, pour un Sénégal toujours uni, debout et en marche, dans une Afrique intégrée et prospère.

Bonsoir et bonne fête.