

PN-ABG-701

19N 67997

EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE
DE L'INITIATIVE DE BAMAKO
AU SENEGAL

A Report Prepared By PRITECH Consultant:
JEAN-PIERRE SALLET

During The Period:
APRIL 1990

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT

Supported By The:

U.S. Agency For International Development
CONTRACT NO: AID/DPE-5969-Z-00-7064-00
PROJECT NO: 936-5969

AUTHORIZATION:

AID/S&T/HEA: 12/10/90

ASSGN. NO: HSS 088-SE

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	1
2. RESUME DES OBSERVATIONS FAITES.....	4
2.1. <u>Niveau: Centre de Santé</u>	4
2.2. <u>Niveau: Poste de Santé</u>	9
2.3. <u>Niveau: Case de Santé</u>	13
3. SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT EN PLACE.....	16
3.1. <u>Liste des Medicaments Essentiels</u>	16
3.2. <u>Circuit d'Approvisionnement et de Distribution</u>	17
3.3. <u>Gestion des Stocks/Modalité d'Estimation des Besoins</u>	20
3.4. <u>Pertes/Securité/Conditions de Stockage</u>	21
3.5. <u>Personnel</u>	21
4. SYSTEME D'INFORMATION DE SANTE.....	22
5. FINANCEMENT.....	23
5.1. <u>Ressources</u>	23
5.2. <u>Comité de Santé</u>	25
5.3. <u>Investissements</u>	26
5.4. <u>Dettes</u>	26
6. SUPERVISION.....	26
7. MOTIVATION.....	27
7.1. <u>Motivation des Populations</u>	27
7.2. <u>Personnel de Santé</u>	27
7.3. <u>Assistance Technique/Moyens/Historique</u>	28
8. NOTES SUR LES DOCUMENTS MIS A DISPOSITION.....	29
9. L'INITIATIVE DE BAMAKO AU SENEGAL.....	30
9.1. <u>Recommandations</u>	30
9.2. <u>Proposition de Mise en Oeuvre des Recommandations</u>	34
10.CONCLUSION.....	41

ABBREVIATIONS

APS	Association pour la Promotion de la Santé
ASC	Agent de Santé Communautaire
CM	Circonscriptions Médicales
DSP	Direction de la Santé Publique
FAC	Fond d'Aide à la Coopération
FCFA	Franc CFA (100 FCFA = 2 Francs Français)
MSH	Management Sciences for Health en Boston, Massachusetts, USA
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PEV	Programme Élargie de Vaccination
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNT	Programme Nationale pour la Tuberculose
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
SIPOA	Société Industrielle Pharmaceutique de l'Ouest Africain
SRO	Sels de Rehydratation Orale
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development

I. INTRODUCTION

A la demande du Ministère de la Santé une étude de faisabilité sur la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako au Sénégal s'est déroulée du 2 au 27 Avril 1990.

Un Comité de Pilotage composé de:

- Médecin-Commandant Abdoulaye Ba, UGP
- Médecin-Capitaine Babacar Drame, MSP/DSP
- Madame Maty Cissé Samb, UGP
- Professeur Issa Lo, Direction de la Pharmacie
- Monsieur Mamadou Toure, PNA
- Madame Fatimata Sy Hane, USAID
- Mademoiselle Anne Marie Mane, OMS
- Docteur Ann Mary Micka, USAID
- Monsieur Jacques Berard, UNICEF
- Monsieur Chouaibou Cisse, DSP

a défini les objectifs et les stratégies de l'étude.

A. Objectifs de l'étude

Proposer sur la base des problèmes et contraintes identifiés, des stratégies capables de les résoudre et de permettre ainsi un fonctionnement harmonieux du système d'approvisionnement en médicaments à tous les niveaux selon les orientations agréées à Bamako, par les Ministres de la Santé en Septembre 1987.

B. Stratégies:

- 1) Revue de la littérature portant sur les expériences communautaires tentées dans le pays (et/ou ailleurs) et qui ont essayé d'élargir la couverture des Soins de Santé Primaires par le biais des systèmes d'approvisionnement en médicaments essentiels et le recouvrement de leur coût par la participation communautaire
- 2) Identification et analyse de problèmes, vécus et opportunités décrites à partir des expériences tentées sur le terrain (en les comparant au cadre législatif réglementaire dans lequel elles s'insèrent)
- 3) Proposer des modifications appropriées à ce cadre.

C. Méthodologie:

Lors de la première semaine nous avons développé un questionnaire (voir Annexe A) que nous avons utilisé à tous les niveaux.

Nous nous sommes efforcés de faire une synthèse des données recueillies et d'identifier les problèmes;

- **par type de structure pour l'accessibilité et le type de service disponible sous forme de tableaux comparatifs commentés.**
- **d'une façon globale pour le système d'approvisionnement, le système d'information, le financement, la supervision, la motivation et l'aide extérieure.**

Nous avons visité en tout 6 Régions Médicales, 6 Centres de Santé, 8 Postes de Santé, 6 Cases de Santé ainsi que 4 Pharmacies Régionales d'Approvisionnement.

Les contraintes liées entre autres à la courte durée de la Mission n'ont pas permis à l'équipe d'incorporer les hopitaux régionaux à cette étude.

Nous nous sommes donc efforcés d'évaluer;

- **l'accessibilité de la population aux services de santé privés ou publics**
- **le type de services disponibles ainsi que les tarifs pratiqués**
- **la fiabilité du système d'approvisionnement et les méthodes de gestion en place**
- **la qualité des données recueillies pour l'évaluation de la situation sanitaire**
- **la part du soutien de l'Etat et de la participation communautaire aux dépenses de santé**
- **l'organisation et la viabilité de la participation communautaire**
- **les moyens de supervision mis en place**
- **le degré de motivation de la population et du personnel de santé à la mise en oeuvre de la politique de santé nationale**
- **l'impact du soutien de l'aide extérieure.**

Pour chaque Circonscription Médicale, accompagnés du superviseur régional ou départemental, nous avons visité:

- le Centre de Santé**
- un Poste de Santé**
- une Case de Santé**
- la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement.**

Les Circonscriptions Médicales suivantes ont été sélectionnées:

- Pikine**
- Kolda**
- Tambacounda**
- Kaolack**
- Fatick**
- Matam**
- Dagana**

Dans chaque Région Médicale nous nous sommes entretenus avec le Médecin Chef de Région afin de présenter l'équipe et de choisir les structures à visiter.

Durant les deux semaines passées sur le terrain nous avons parcouru environ 3300 km (voir Carte)

Le choix de ces CM nous a permis de visiter un échantillon représentatif de la situation au Sénégal. Nous avons ainsi eu accès aux zones urbaines (Pikine), sub-urbaines (Kaolack, Fatick) et rurales (Kolda, Tambacounda, Matam et Dagana).

Une équipe composée de:

Anne-Marie Mane (OMS/Dakar)

Chouaibou Cisse (DSP)

Arthur Lagace (USAID/Dakar)

a assisté le consultant, Jean-Pierre Sallet (MSH/Boston) pendant la durée de cette mission qui avait été fixée à 4 semaines.



2. RESUME DES OBSERVATIONS FAITES

Les informations contenues dans les tableaux comparatifs reflètent les réponses qui nous ont été données lors de notre enquête. Ces informations ne correspondent pas obligatoirement aux chiffres officiels. Il nous a semblé plus opportun de publier l'information telle que nous l'avons reçue afin de pouvoir évaluer la connaissance du personnel vis à vis de son propre cadre de travail.

2.1. Niveau: Centre de Santé (Voir Tableau 1)

A. Services Privés

Medicins: 1 à 2 (11 à Pikine)

Officines: 0 à 4 (13 à Pikine)

Plus on s'éloigne de Dakar plus la présence du secteur privé diminue. Les Officines sont bien organisées et sont approvisionnées régulièrement par les grossistes répartiteurs.

Le prix public du médicament est contrôlé et est déterminé de la façon suivante:

Prix de Base + Frais d'importation + Marge Grossiste + Marge Pharmacien
(environ 13%) (22% du prix de revient) (48,58% du prix de cession)

Mandaté par le gouvernement une "liste sociale" de médicaments devant être disponible dans les officines privées a été définie depuis plus d'une dizaine d'années. Cette liste comprend 80 produits principalement en noms génériques sous 179 présentations (dont quelques uns de la Société Industrielle Pharmaceutique de l'Ouest Africain - SIPOA). Pour les produits appartenant à cette liste la marge bénéficiaire du grossiste et du pharmacien est réduite respectivement à 9,9% et 9,95%. Cette initiative devait favoriser l'accès au médicament à un moindre coût pour la population. Malheureusement ces "spécialités sociales" sont rarement disponibles et les malades sont obligés d'acheter des spécialités pharmaceutiques plus coûteuses. Les prix publics des médicaments dans les officines sont au moins le double de ceux pratiqués par la PNA (voir Annexe B). Les médicaments sont vendus par conditionnement uniquement et non à l'unité comme dans le secteur public. En cas de rupture de stock du secteur public les patients y achètent leurs médicaments mais une forte proportion n'utilise pas ces structures faute de moyens.

Dépôts de Médicaments: ils n'existent pas à ce niveau sauf dans les régions isolées.

Tradipraticiens: leur nombre est difficile à évaluer mais on peut affirmer qu'ils sont omniprésents et jouent un rôle important. Des efforts sont en cours pour l'intégration de la médecine traditionnelle au système de Santé. Une tentative de recensement dans la CM de Pikine a permis de dénombrier plus de 1000 tradipraticiens (Centre de Médecine Traditionnelle de Keur Massar). La Région de Fatick possède une association de tradipraticiens.

Tableau 1. Niveau: Centre de Santé - Tableau comparatif des services, du personnel, de la tarification et des dépenses.

NIVEAU CENTRE DE SANTE							
Region Medicale	Kolda	Dakar	Kaolack	Fatick	St.Louis	St.Louis	Tamba
Centre	Kolda	Dominique	Kaonak	Fatick	Matam	Dagana	Tamba
Pop. Desservie	35 000	350 000	326 654	210 990	264 000	285 348	114 284
Medecin Privés	1	11	6	0	0		
Officine	2	13	7	1	2	1+4 depots	
Personnel							
Medecin	1	1	1	1	1	2	
Major Adminis.	1	1	1				
Technicien Super.	2	2	3	2	1	2	
Infirmier	4	8	19	17	1	2	
Assis./aide Sociale		3	3				
Agent Sanitaire	12	5	22	20	5	6	
Sage Femme	3	11	5	5	2	2	
Aide Infirmier		13	10	4	5		
Agent de Sante Commu.					3	2	
Chauffeur	1		2	1			
Matrone				4	3	2	
Secrétaire	1	2					
Manoeuvre/Gardien/ Autre	1	7		2		6	
Nbre de lits	50	43	24	61	15	24	
Vehicule	0	0	2	2	2	2	
Tarif des Services(FCFA)							
Generale	100	200	100	100	100	100	
Prenatale	100	300	100	100	100	100	
Stomato	100		100	100	100	500	
Radioscopie	0		0	0	0	0	
Laboratoire	200 a 1000	300-500	100	100	100	100	Pas de
Accouchement	1000	3000	1000	1000	1000	1000	Centre de
Hospital.	1000	3000/Semai.	1000	1000	1000	1000	Santé
SMI/PF		50		200	100	100/nuit	Fouctionnel
Enfant	50	100	50	50	50	50	
Durée du ticket	1 jour	1 jour	1 jour	1 jour	1 jour	2 jour	
Financement(FCFA)							
Budget d'Etat	2 500 000	2 963 000	3 000 000	2 500 000	2 500 000	4 500 000	4 000 000
Fonds disponibles	500 000		664 900		4 000 000	137 015	
Recettes/An	5 000 000	36 000 000	1 500 000	10 784 000	10 000 000	1 976 400	
Distribution des Dépenses(FCFA)							
Achats Medic./Recette Annuelle	2 700 000	17 640 000	900 000	5 829 000	6 000 000	112 320	
% Achats Medicaments	54%	49%	60%	54%	60%	6%	
Primes/Recette Annuelle	1 500 000	9 000 000	450 000	3 235 200	3 000 000	1 087 020	
% Primes	30%	25%	30%	30%	30%	55%	

Marché Parallèle: Il existe au Sénégal un marché parallèle illicite bien organisé. Les médicaments sont souvent importés illégalement de pays limitrophes comme la Gambie. Son importance est difficile à évaluer mais on peut affirmer qu'il est omniprésent.

B. Service Public

Heures/Jours d'Ouverture: les heures d'ouverture sont de 8:00 à 12:00 et de 14:30 à 18:00 du Lundi au Samedi. Une permanence est assurée en dehors des heures d'ouverture et un service de garde est assuré la nuit et les jours fériés.

Personnel: Le médecin chef de la CM est à la tête d'une équipe en général composée de:

- superviseur/technicien supérieur
- major administrateur
- technicien odontologiste
- infirmier(s) diplômé d'Etat
- auxiliaire d'hygiène(s)
- agent sanitaire(s)
- sage femme(s)
- aide infirmier(s)
- agent de santé communautaire(s)
- matrone(s)
- chauffeur
- manoeuvre(s).

Certains membres du personnel (Agent de Santé Communautaire, Matrone et Manoeuvre) sont pris en charge par la participation communautaire.

Tous les Centres possèdent l'eau courante, l'électricité et le téléphone.

C. Services de Santé Disponibles/Tarifs

- Consultation:
 - générale
 - prénatale
 - pediatrie
- Odontologie-Stomatologie
- Laboratoire d'Analyses Médicales
- Radioscopie
- Accouchement
- Hospitalisation
- Soins Materno-Infantiles/Planning Familial

Dans la plupart des cas le tarif des consultations et la délivrance des médicaments sont conformes à la politique nationale mise en place en 1980.

La participation est assurée par l'achat de tickets par les patients. Le prix du ticket a été fixé à 100 FCFA pour les adultes et à 50 FCFA pour les enfants. Ce prix comprend la consultation et le traitement pour un jour (sauf à St. Louis - 2 jours), si le traitement est prolongé le patient doit acheter un autre ticket. Le prix du ticket est faible si on le compare au coût moyen d'une ordonnance dans le secteur privé qui est estimé à 3170 FCFA¹.

L'accouchement coûte 1000 FCFA et l'hospitalisation 1000 FCFA pour toute la durée du séjour.

Si les médicaments prescrits ne sont pas disponibles à la pharmacie du centre une ordonnance est rédigée et les patients s'approvisionnent dans les officines privées quand ils peuvent assurer cette dépense.

Certains services nouveaux comme la radioscopie sont gratuits.

Les examens de laboratoires ont un tarif unique (100 FCFA) ou sont facturés en fonction du type d'analyse.

Seule la CM de Pikine a opéré un changement important par rapport au tarif du système national en vigueur. Ce changement s'est effectué en deux temps avec une première augmentation en Avril 1985 (150 FCFA pour une consultation générale) et une deuxième en Avril 89 (200 FCFA pour une consultation générale). Une récente mission d'évaluation économique de la CM de Pikine a estimé que l'augmentation de certains tarifs était excessive et a recommandé que les tarifs soient basés sur le calcul des coûts réels engendrés par les différentes activités.

Exemptions:

- Handicapés
- Tuberculeux (PNT)
- Lepreux
- Ecoliers
- Indigents
- Fonctionnaires (Policiers, Militaires)
- Rapatriés et Réfugiés dans certaines zones

Le pourcentage des malades exemptés de paiement est qualifié de faible (environ de 5%) sauf dans les CM de la Région du Fleuve (Matam, Dagana) où le nombre de réfugiés et de rapatriés portent ce chiffre à 40% environ. Cette information nous a été communiquée de vive voix sans chiffre à l'appui. Il semble donc nécessaire de faire une étude plus approfondie permettant d'évaluer ce "faible" pourcentage et son impact sur les recettes.

Un système d'aide sociale a été mis en place dans la CM de Pikine afin de soutenir les filles mères, les tuberculeux, les malades mentaux et les rapatriés.

¹ Le Médicament au Maghreb et en Afrique Noire Francophone. France: Presses Universitaires de Grenoble, 1990.

Support Logistique/Entretien: Les véhicules mis à disposition sont en général peu fiables et pas adaptés, ce qui a créé d'énormes problèmes au niveau des moyens logistiques (véhicule, entretien,...) auxquels s'ajoutent les contraintes budgétaires. Beaucoup de CM dépendent de la disponibilité des véhicules de la Région Médicale. Ces contraintes entravent aussi le déroulement des visites de supervision.

Les infrastructures sont en bon état et adaptées au niveau des soins prodigués. Cependant le manque de personnel qualifié (un médecin par centre, peu de techniciens supérieurs,...) et non qualifié (personnel d'entretien, manoeuvre,...) ne permet pas au centre de santé d'assurer pleinement son rôle (urgence chirurgicale par exemple) tel qu'il a été défini lors du 6ème Plan de Développement Sanitaire.

Financement/Distribution des Dépenses: Dans 3 des centres visités les recettes annuelles dépassent largement le budget alloué chaque année par l'Etat. Ce qui constitue une preuve supplémentaire de la forte participation communautaire dans ces régions.

Dans le cadre du financement des soins de santé primaire il a été préconisé que les dépenses soient ventilées de la façon suivante:

- 60% pour l'achat des médicaments
- 30% pour les primes des Agents de Santé Communautaire
- 10% pour le fonctionnement.

Au niveau du centre cette règle semble respectée. Certaines institutions versent un pourcentage des recettes au Comité de Santé. Cas particulier du centre de santé de Dagana qui n'a dépensé que 6% pour l'achat de médicaments étant donné qu'ils ont reçu un don important de médicaments. Ceci explique aussi la faiblesse du montant des recettes annuelles de ce centre.

2.2. Niveau: Poste de Santé
(Voir Tableau 2)

A. Services Privés

Medicins: Il n'y a pas de médecins installés à ce niveau sauf en zone urbaine.

Officines: Elles sont remplacées par des dépôts de médicaments. Ces dépôts ont été créés dans le but de faciliter l'accès aux médicaments pour des zones où l'installation d'une officine n'était pas justifiée.

Selon la législation en vigueur, les dépôts de médicaments privés sont sous la responsabilité d'Officines situées dans le même département et ne doivent distribuer qu'une gamme limitée de médicaments (Arrêté Ministériel 8977 MSP-DPH du 5 Août 1982).

Cependant la gamme des médicaments disponibles est souvent plus étendue et ces dépôts appartiennent à des Officines situées en dehors de la Région.

Tradipraticiens et Marché Parallèle: Les remarques faites pour le Centre sont valables pour le poste de santé.

B. Services Publics

Heures/Jours d'Ouverture: Les heures d'ouverture sont de 8:00 à 12:00 et de 14:30 à 18:00 du Lundi au Samedi. Il existe une permanence en dehors des heures d'ouverture. L'infirmier chef de poste loge sur place et assure les gardes la nuit et les jours fériés.

Personnel: L'infirmier chef de poste est responsable de l'équipe du poste de santé qui comprend des agents de santé communautaire assurant les soins, la gestion ou les accouchements (matrones).

Sur 8 postes visités 3 seulement possèdent l'eau courante et l'électricité. Des systèmes utilisant l'énergie solaire sont en place dans 3 d'entre eux depuis 1988 et produisent suffisamment d'électricité pour alimenter 2 tubes fluorescents, 1 lampe d'examen à halogène et un réfrigérateur. L'entretien se résume au remplissage régulier des accumulateurs avec de l'eau distillée.

C. Services de Santé Disponibles

- Consultation:
 - générale
 - prénatale
 - pediatrie
- Accouchement
- Hospitalisation

Tableau 2. Niveau: Poste de Santé - Tableau comparatif des services, du personnel et de la tarification.

NIVEAU POSTE DE SANTE								
Region Medicale	Kolda	Dakar	Kaolack	Fatick	St.Louis	St.Louis	Tamba	
Poste	Bagadaji	Wakhinane	Kour Soce	Diouroup	Bokidiawe	Mbane	S/Malhems	Koussanar
Population Desservie	7285	30000	14756	9492	2987	3333	7682	7058
Depot Privés	0	0	0	0	1	0	0	2
<u>Personnel</u>								
Infirmier Chef de Poste	1	2	1	1	1	1	1	1
Agent Sanitaire		1						
Sage femme		1						
Aide Infirmier	1	4			1	1	2	1
Matrone	4	1	2	3	2		2	1
Nbre de lits	11		11	10	6		3	11
Vehicule	1	0	en panne	1	1	en panne	vole	1
<u>Service Publics</u>								
Eau	puits	oui	puits	fontaine	puits	puits	oui	oui
Electricite	non	oui	oui	solaire	oui	solaire	non	solaire
<u>Tarif des Services(FCFA)</u>								
Generale	100	200	50	100	100	Trait.	100	100
Prenatale	200	300	100	100	100	Trait.	200	100
Accouchement	500	3000	1000	1500	1000	1000/1500	1500	1000
Hospital.	1000		NEANT	NEANT	NEANT	NEANT	NEANT	NEANT
Enfant	50	100	50	100	50	Trait.	50	50
Durée du ticket	1 jour	1 jour	3 jours	1 jour	2 jours	Trait.	1 jour	3 jours
<u>Financement(FCFA)</u>								
Fonds Disponibles	57 750	0	225 000	306 000	1 006 585	10 570	18 372	33 620
Recettes/An	500 000	2 400 000	605 300	600 000	1 130 400	450 000	322 676	468 110
<u>Distribution des Dépenses(FCFA)</u>								
Achats Medic./Recette Annuelle	375 000	1 392 000	270 935	300 000	548 205	270 000	196 160	220 085
% Achats Medicaments	75%	58%	45%	50%	48%	60%	61%	47%
Primes/Recette Annuelle	75 000	240 000	121 060	91 800	301 976	90 000	125 844	154 476
% Primes	15%	10%	20%	15%	27%	20%	39%	33%

Comme au niveau du Centre, les consultations et la délivrance des médicaments est en général conforme à la politique nationale (100 FCFA/adulte et 50 FCFA/enfant). Cependant la durée de la validité du ticket varie de 1 à 3 jours. Le poste de Mbane (CM de Dagana) ne fait pas payer la consultation mais fait payer le traitement et exige un supplément de 500 FCFA pour les accouchements à domicile afin d'inciter la population à utiliser les structures existantes.

Le planning familial ne fait pas systématiquement parti des activités régulières du poste de santé.

Exemptions:

(identique au Centre de Santé)

Handicapés

Tuberculeux(PNT)

Lepreux

Ecoliers

Indigents

Fonctionnaires(Policiers, Militaires)

Rapatriés et Réfugiés dans certaines zones

Pour le poste aussi il nous est apparu difficile d'évaluer la part que représente les malades ne payant pas.

Une expérience est en cours à Mbane (CM de Dagana) où les gens rembourseront les traitements qu'après les récoltes maraichères.

Dans la région du fleuve les 2/3 de la population sont constitués de réfugiés et de rapatriés qui ne contribuent pas aux dépenses.

Support Logistique/Entretien:

Les véhicules (mobylettes) sont soit inexistants, soit inadaptés au milieu dans lequel ils doivent être utilisés. La "durée de vie" d'un véhicule dépasse rarement 2 à 3 ans. Ceux qui sont en panne ou en réparation le restent pendant des mois.

On notera le cas particulier de la Région du Fleuve où il existe un soutien financier important organisé par les sénégalais travaillant à l'étranger et originaire de cette zone. Ceci se traduit par un nombre important de mosquées mais aussi de postes de santé par rapport aux normes définies par le plan de développement sanitaire².

L'état des postes visités est beaucoup plus inégal que celui des Centres de Santé et l'entretien fait souvent défaut. Il n'y a pas de programme de maintenance des structures.

Financement/Distribution des Dépenses: Au niveau du Poste de Santé pas de budget d'Etat. La participation de l'Etat se résume à l'envoi d'une boîte d'aspirine, de chloroquine et quelques pansements.

²Un poste de santé pour chaque village dont la population est supérieure ou égale à 2000 habitants ou 1 poste de santé pour chaque village-centre de communauté rurale chef lieu d'un arrondissement de moins de 15 000 habitants. Source: Plan de Développement Sanitaire

La participation communautaire est donc la seule ressource dont dispose les postes de santé pour l'achat des médicaments. La distribution des dépenses est plus irrégulière et ne vérifie pas la règle des 60%(médicaments), 30%(primes) et 10%(fonctionnement).

On notera une certaine immobilisation des fonds pour le poste de Bokidiawe qui avait en caisse l'équivalent des recettes annuelles.

2.3. Niveau: Case de Santé
(voir Tableau 3)

A. Services Privées

La médecine traditionnelle est pratiquée dans tous les villages.

Le Marche Parallèle: En dehors de la case de santé les Marchands ambulants sont la principale source de médicaments au niveau du village.

B. Services Publics

Heures/Jours d'Ouverture: Dans la plupart des cas, il n'y a pas d'heure fixe mais disponibilité permanente de l'Agent de Santé Communautaire (ASC) et de la matrone.

Personnel: Il est composé en principe d'un agent de santé communautaire et d'une matrone. Le choix du personnel à ce niveau est lié aux réalités socio-culturelles. Le chef de village est celui qui décide.

L'ASC est volontaire et bénévole. L'ASC doit être en théorie aidé par les autres membres du village lorsqu'il assure son rôle d'agent de santé. Contrairement à ce qui a été prévu il n'obtient aucune aide de la population pour ses travaux agricoles (sauf dans la région du Cap Skirring où il reçoit régulièrement le fruit de la pêche).

La matrone ne peut assurer sa tâche que si elle a été choisie par les femmes du village. Quand elles habitent dans le village depuis longtemps, les matrones ne font pas payer les accouchements aux membres de leurs familles, ce qui correspond parfois à la totalité de la population du village. Les accouchements sont toutefois rémunérés en espèces (un gigot d'agneau à chaque baptême).

Il n'y a pas d'électricité au niveau de la case et l'eau provient du puits du village.

Pour chaque CM visitée, seulement 50% des cases ont été qualifiées de fonctionnelles c'est à dire avec un minimum d'activité. Le manque de motivation, de supervision et d'infrastructure adéquate sont en grande partie responsable de ce faible pourcentage. Une case est qualifiée de non fonctionnelle quand son infrastructure est détruite, ce qui se produit régulièrement dans certaines régions durant l'hivernage. L'autre raison principale est le manque de soutien/d'intérêt de la population pour la case de santé et l'épuisement des fonds initiaux du au détournement des fonds par l'ASC. Dans ce dernier cas le manque de cadre juridique empêche toute forme de sanction.

Tableau 3. Niveau: Case de Santé - Tableau comparatif des services, du personnel, et de la tarification.

NIVEAU CASE DE SANTE						
Region Medicales	Kolda	Kaolack	Fatick	St.Louis	St.Louis	Tamba
Case	S. Lountang	Mbousma	Ndiourouf	D. Rindiaw	M. Peulh	D. Missirah
Population Desservie	800	1800	1 village	1100	1 village	487
Personnel						
Agent de Santé Com.	1	1	1	1	0	1
Matrone	1	1	1	1	5	0
Tarif des Services(FCFA)						
Comprimés	5/Comp	5/Comp	50/2 jours			5/Comp
Accouchement	500/1000	700	1000	1000	Gratuit	
Pansement	50	25/50	50			Gratuit
Argyrol	25					
Chloroq/enfant	50		5/comp			50
Consult/Adulte				75/2 jours		
Consult/Enfant				50/2 jours		
Financement(FCFA)						
Fonds Disponibles	27 500	35 000	18 500	20 410		
Recettes/An	12 000	50 000	4 700	36 000		
Distribution des Dépenses(FCFA)						
Achats Medic./Recette Annuelle	8 400	28 000	3 200	43 800		
% Achats Medicaments	70%	56%	68%	122%		
Primes/Recette Annuelle	3 600	10 500	5 550	6 123		
% Primes	30%	21%	118%	Assoc/Dakar		

C. Services de Santé Disponibles

- soins médicaux mineurs
- pansements
- prévention du paludisme (chloroquinisation)
- délivrance d'une gamme de médicaments très limitée (aspirine, chloroquine, parégorique, SRO)
- accouchements

Exemptions:

Handicapés

Indigents

Le paiement des services est assuré par la vente directe des médicaments (5 FCFA quelque soit le comprimé) ou le paiement à l'acte pour une durée déterminée (2 jours). Les pansements sont souvent gratuits. L'accouchement à domicile coûte plus cher afin d'inciter la population à utiliser la case de santé.

Tout comme le choix du personnel, la faible participation de la population à ce niveau est très liée aux réalités socio-culturelles (les Peulhs ne vendraient aucune tête de bétail pour assurer les soins médicaux; les matrones ne font pas payer leurs parents, les membres d'un groupe ethnique se feront difficilement soigner par un membre d'un autre ethnique,...).

La durée de formation des ASC a souvent été écourtée par rapport à celle qui avait été prévue et leurs indemnités d'autant ce qui a créé une certaine frustration parmi les ASC.

L'infrastructure des cases est souvent précaire (terre battue).

Financement/Distribution des Dépenses: Au niveau de la Case de Santé le soutien de l'Etat est inexistant. La totalité du financement est assurée par la participation communautaire. L'immobilisation des fonds est encore plus flagrante à ce niveau. On notera une attribution excessive des primes pour le poste de Ndiourouf.

Cas particulier de la région de Dounga Rindiaw où les primes de l'ASC et de la matrone sont prises en charge par une association de sénégalais originaire de la région du fleuve qui est basé à Dakar.

3. SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT EN PLACE

3.1. Liste des Medicaments Essentiels

La gamme des produits disponibles permet une couverture sanitaire très réduite (le diabète et l'hypertension sont exclus) et se concentre exclusivement sur les principales causes de morbidité qui peuvent être diagnostiqués, a savoir par ordre d'importance:

- le paludisme
- les maladies diarrhéiques
- les maladies sexuellement transmissibles
- la rougeole
- la grippe
- la lèpre
- la coqueluche
- la tuberculose
- la méningite cérébro-spinale
- le tétanos.

L'ouvrage de référence le plus utilisé par les prescripteurs, le dictionnaire Vidal, n'est pas adapté à une politique des médicaments essentiels (liste non limitative, produits en nom commerciaux).

Un comité composé de représentants du Ministère de la Santé, des hopitaux régionaux, des régions médicales a élaboré une liste de médicaments essentiels et de fournitures médicales en fonction du niveau d'utilisation (hopital régional, centre de santé, poste de santé, case de santé). Une première liste a été définie mais un travail important reste à faire (choix de la classification et de certains médicaments, précision des différents dosages et formes, définition des ordinogrammes, développement des monographies,...) si l'on veut qu'elle joue pleinement son rôle; c'est à dire constituer un ouvrage de référence (formulaire/manuel thérapeutique) pour les prescripteurs afin d'encourager l'utilisation rationnelle des médicaments. Cette liste devrait permettre d'élargir considérablement la couverture sanitaire par rapport à la gamme actuellement disponible. Son acceptation par les prescripteurs ne pourra être garantie que si le système d'approvisionnement en place assure la disponibilité des produits de façon régulière.

Un manuel d'utilisation des médicaments essentiels à été développé à Tam-bacounda et représente un bon exemple des efforts réalisés dans cette région.

3.2. Circuit d'Approvisionnement et de Distribution

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) constitue l'organe central du circuit d'approvisionnement et de distribution³.

Nous sommes en présence de deux circuits parallèles d'approvisionnement et de distribution.

L'un est financé par les dotations budgétaires d'Etat (30%), l'autre par la participation de la population et de la commune (70%) (voir Financement). Ce qui nous donne un schéma relativement complexe (voir Figure 1). Il existe une duplication inutile des efforts pour le stockage, la tenue des fiches de stock et la gestion proprement dite.

Le circuit des paiements reprend le chemin inverse du circuit de distribution.

De la PRA au Poste de Santé il n'existe pas de véritable règle quant au choix du fournisseur. Chaque structure peut s'approvisionner où il le désire y compris le marché international (exemple Pikine).

L'importation d'un médicament qui n'est pas enregistré (sans Visa) sur le marché sénégalais doit faire l'objet d'une autorisation préalable de la Direction de la Pharmacie. Cette autorisation est accordée sans grande difficulté dans la mesure où les médicaments sont utilisés pour le soutien de la politique de Soins de Santé Primaire.

L'Aide Internationale (dons) peut "injecter" des médicaments à tous les niveaux. Le niveau supérieur n'est en général pas informé de la réception de ces dons.

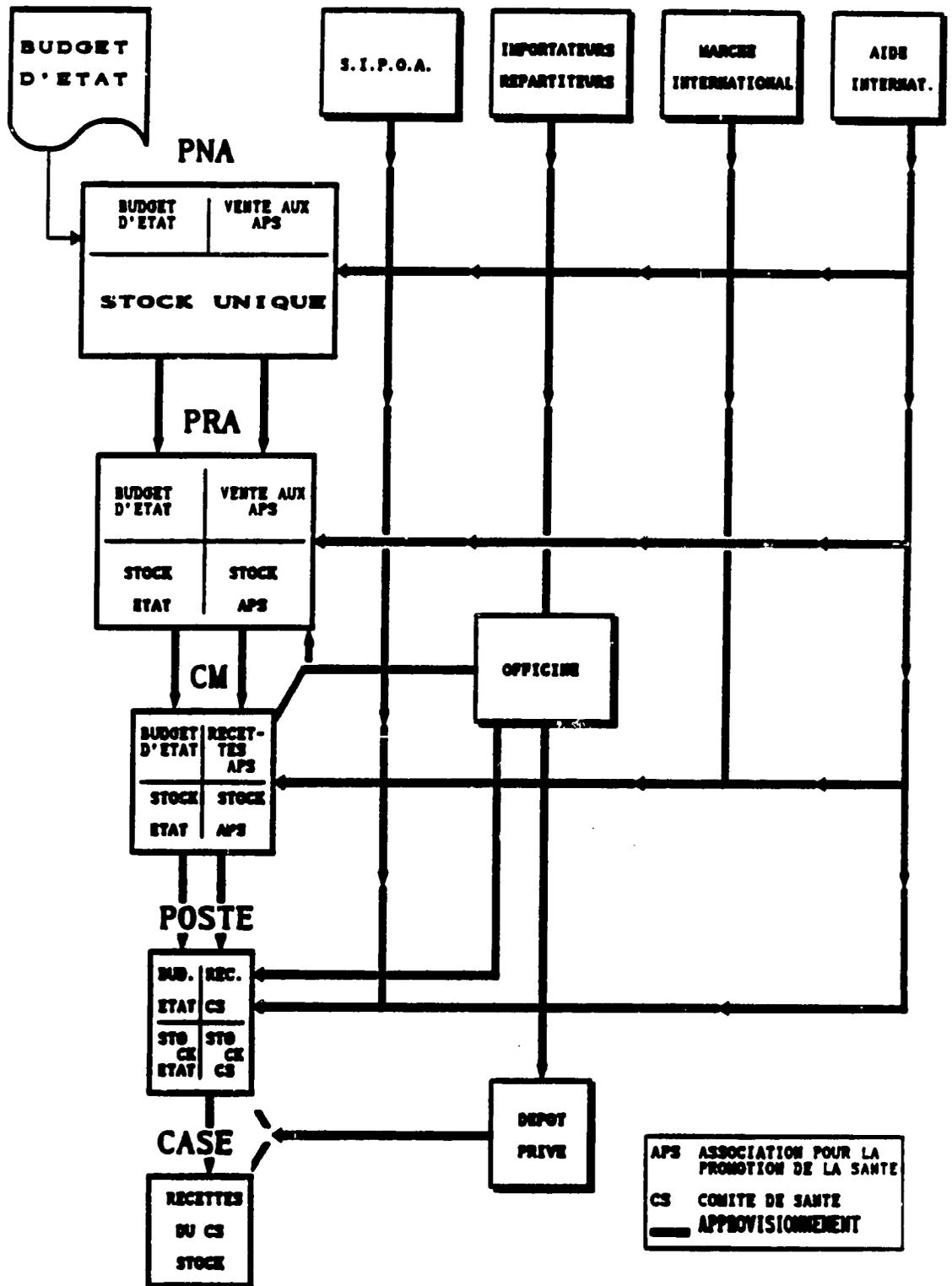
A. Le "Circuit du Budget de l'Etat."

De fréquentes ruptures de stock durant parfois jusqu'à 6 mois ont été rapportées lors de notre enquête. Les médicaments distribués ne reflètent pas toujours la demande car la préoccupation principale de la PNA est d'utiliser les dotations d'Etat quelque soit le stock disponible. En effet quand un bon de commande est envoyé à la PNA, une quantité de médicaments d'une valeur équivalente au montant alloué est expédiée à la structure qui en a fait la demande, mais les articles commandés ne seront envoyés que si ils sont disponibles autrement la PNA expédiera d'autres articles non demandés d'une valeur équivalente.

C'est donc la PNA qui contrôle l'utilisation du budget alloué chaque année aux différentes CM. Il semblerait qu'une nette amélioration de ce système soit en cours depuis un an et que maintenant la PNA est en mesure de satisfaire plus de 80% des commandes. Depuis peu la PNA ajoute un supplément de 5% sur chaque facture.

³Voir Etude de Gestion et Organisation de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement Projet Santé Rurale Banque Mondiale. Paris: CREDES.

Figure 1. Circuit de distribution et d'approvisionnement: Situation actuelle.



B. Le "Circuit des Association Pour la Santé (APS)."

Ce circuit est le plus utilisé et le plus fiable car les sources accessibles par ce biais sont plus diversifiées (PNA, SIPOA, répartiteurs, importateurs voire le marché international). Le client (APS, Comité de Santé) paie comptant, parfois plus cher, les produits commandés mais est en mesure de choisir ce qu'il veut en fonction du disponible.

C. Cas Particulier des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement

Dans le cadre d'une politique décentralisée les pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) devraient constituer un maillon essentiel du circuit de distribution. Elles n'ont en fait qu'un rôle intermédiaire entre la PNA et les autres structures de santé et n'ont pratiquement aucun pouvoir de décision.

Les PRA sont souvent "court-circuitées" par les APS qui peuvent s'approvisionner directement à d'autres sources. Le personnel fait défaut (Saint Louis). Il n'y a aucune coordination avec le niveau supérieur (PNA) ou inférieur (CM).

D. Le Prix du Médicament

La SIPOA est le fournisseur principal de la PNA.

Dans le cadre de notre mission nous avons réalisé une étude comparative entre les prix de la PNA/SIPOA et le Marché International⁴ sur 46 produits (voir Annexe C). Pour 34 produits (dont 13 fabriqués par la SIPOA) les prix internationaux sont inférieurs à ceux obtenus par la PNA (au moins 2 fois moins cher). Les comprimés de mébendazole coûtent 16 fois moins cher sur le Marché International.

Pour les 12 autres produits (dont 11 fabriqués par la SIPOA) la source internationale est la plus chère. Dans ce second cas la différence entre les prix est moindre. Dans le cas du bicarbonate de sodium qui est 3,7 fois plus cher (bicarbonate de sodium inj) on a comparé le prix international/ml pour un flacon de 50ml et le prix PNA/ml pour un flacon de 500ml. La taille du conditionnement et le fait que le produit soit acheté en nom générique influent sur le considérablement le prix du médicament.

Si l'on rapporte les résultats obtenus aux besoins mensuels des médicaments étudiés d'une CM de 150 000 habitants⁵ (voir Annexe D) on obtient une différence globale de 40%.

⁴Sources: Tarif SIPOA 89, PNA, Prix de Référence des Médicaments Essentiels 1989 (MSH). Les prix internationaux ont été calculés avec un Dollar US à 300 CFA et une majoration de 15% pour les frais de transport.

⁵Unger, J-P., Etude de quantification. Banque Mondiale.

Bien que théoriques ces résultats permettent de mettre en évidence la nécessité d'une politique d'achat diversifiée et plus compétitive avec accès aux appels d'offres internationaux, ce qui devrait se traduire par une réduction considérable du coût d'achat des médicaments et une augmentation du pouvoir d'achat des structures concernées.

3.3. Gestion des Stocks/Modalité d'Estimation des Besoins

Comme décrit dans la figure 1, il existe deux stocks identiques (3 dans certains cas) à tous les niveaux à partir de la Pharmacie régionale. La gestion se fait à l'aide de fiches de Stock et/ou d'un registre des entrées et sorties. Ces documents sont tenus en double à cause du système parallèle. Les formulaires utilisés diffèrent d'une région à l'autre. Quand elles existent ces fiches ne sont pas mises à jour régulièrement (parfois depuis plus d'un an). Une boîte de 20 comprimés sera enregistrée sur la même fiche de stock utilisée pour gérer les boîtes de 100 comprimés et distribuée de la même façon. Qu'il s'agisse d'une boîte de 20 ou de 100 comprimés le gestionnaire marque 1 boîte sur le fiche de stock. Il est donc impossible de savoir dans ce cas si le stock disponible correspond à des boîtes de 20 ou de 100 et quel conditionnement a été distribué.

Ce type de pratique rend l'exploitation des fiches de stock difficile voire impossible quand il s'agit d'utiliser les consommations afin d'estimer les besoins. La tenue de ces fiches est considérée plus comme une contrainte qu'un outil d'aide à la gestion. Le personnel n'a généralement reçu aucune formation à la gestion de stock et à la gestion proprement dite.

Il n'y a aucun avantage à garder plusieurs stocks séparés pour les mêmes produits dans la mesure où l'on maintient une comptabilité rigoureuse. Il serait préférable de concentrer les efforts sur un stock unique géré correctement.

Quand le personnel possède une certaine notion des différents paramètres influents (consommation, hivernage, morbidité), il utilise rarement ses connaissances lors de la préparation des commandes et les estimations sont faites de façon empirique. Des efforts de formation des agents de santé à la gestion des stocks est en cours à Tambacounda. Vu les contraintes liées à l'approvisionnement, au financement et à la gestion des stocks on peut affirmer que la consommation actuelle ne reflète qu'une faible proportion des besoins.

Différentes études de quantification basées sur les chiffres de morbidités (PNA, Banque Mondiale) confirment que les dépenses pour l'achat des médicaments par la PNA devraient être bien supérieures (entre 2 et 4,5 milliards de FCFA) aux dépenses actuelles qui s'élèvent à environ 1 milliard de FCFA secteur hospitalier compris.

Il semble nécessaire d'instaurer le plus rapidement possible, après la formation préalable des agents de santé, un système de gestion simple mais fiable et un système d'information qui permettrait l'exploitation des données recueillies.

3.4. Pertes/Securité/Conditions de Stockage

Les quantités distribuées étant relativement limitées on observe une rapide rotation des stocks. Les pertes dues à la péremption des produits sont donc rares. Les vols sont peu fréquents et ne représentent pas un problème majeur. Des pertes importantes sont souvent la cause de la réception de dons "incontrôlés". Certains dons sont inutilisables car trop disparates et envoyés soit en quantités insuffisantes pour assurer un traitement efficace, surtout pour les cas chroniques, soit en grandes quantités avec une date de péremption très proche. On a noté des tentatives de redistribution des dons dans certaines Régions.

La chaîne du froid est assurée par des réfrigérateurs mixtes à gaz/électricité ou solaire. Les problèmes sont liés aux difficultés d'obtention des bouteilles de gaz en temps opportun.

Les dures conditions climatiques (chaleur, vent de sable) rendent les conditions de stockage très difficiles dans des locaux souvent peu ou pas ventilés. Il n'a pas de personnel pour l'entretien des locaux.

3.5. Personnel

La loi précise que toute délivrance de médicament doit se faire sous la responsabilité d'un pharmacien (ou un médecin dans les régions isolées). Cependant on assiste à une "fuite" des pharmaciens diplômés vers le secteur privé plus lucratif. Lors de nos visites sur le terrain nous n'avons rencontré qu'un pharmacien diplômé (PRA de Tambacounda).

Il existe donc une certaine tolérance pour l'application de la législation en vigueur au niveau de la délivrance de médicaments dans le cadre des soins de santé primaires.

La responsabilité de l'approvisionnement en médicaments et fournitures médicales est souvent confiée à des agents de santé qui sont rarement supervisés et qui n'ont pas le niveau requis/formation pour en assurer la gestion. Le manque de personnel qualifié ainsi que le manque de supervision nuisent au bon fonctionnement du système d'approvisionnement. Cette situation favorise l'utilisation irrationnelle des médicaments et facilite les pertes (commandes erronées, distribution/vente illicite).

4. SYSTEME D'INFORMATION DE SANTE

Le système d'information de Santé consiste en un registre sur lequel est enregistré le nom du malade, son age, le diagnostic et le traitement prescrit. A la fin de chaque mois, l'information est synthétisé et est transmise sous la forme d'un Rapport d'Activité mensuel. Un rapport annuel est ensuite rédigé. L'information est recueillie au niveau du poste qui la transmet au centre. Le centre lui-même transmet cette information plus celle concernant ses activités à la Région qui enverra l'information au niveau central. Pour ce faire un formulaire d'une dizaine de pages permet de recueillir les données de fréquentation, morbidité etc...

Ces rapports ne sont pas transmis de façon régulière quelque soit le niveau. Le format utilisé ne permet pas de garder un double à moins de remplir deux formulaires identiques. Une fois que le rapport est transmis au niveau supérieur l'intéressé n'a plus l'information et aucune analyse est possible à ce niveau. Certains types d'information ne nécessitent pas une transmission mensuelle. Il n'y a pas de retour d'information (feedback) entre les niveaux.

Etant donné l'irrégularité de la transmission des données et le format utilisé pour leur collecte on est en mesure de mettre en doute leur fiabilité.

A Pikine le système à été simplifié. A Tambacounda on observe un effort de formation du personnel à l'analyse des données.

5. FINANCEMENT

(Voir tableaux comparatifs des différents niveaux)

5.1. Ressources

Le budget de l'Etat alloué à l'achat de médicaments est destiné au Centre. La participation de l'Etat est qualifiée de symbolique au niveau du poste (ex: une boîte d'aspirine, une boîte de nivaquine et quelques pansements par an).

La répartition du budget de l'Etat ne prend pas en considération les données démographiques et le nombre de structures sanitaires de chaque CM.

Tableau 4. Distribution des dépenses en 1989 (Source: DSSP/MSP).

REGION	DOTATION D'ETAT	%	PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	%	PARTICIPATION DE LA COMMUNE	%	DEPENSES
DAKAR	8 963 000	7,1%	84 768 450	67,4%	32 127 903	25,5%	125 859 353
DIOURBEL	7 600 000	47,5%	8 155 511	51,0%	250 000	1,6%	16 005 511
FATICK	9 500 000	45,4%	11 404 575	54,6%			20 904 575
KAOLACK	9 795 000	46,0%	11 518 094	54,0%			21 313 094
KOLDA	6 500 000	36,3%	11 416 193	63,7%			17 916 193
LOUGA	7 837 000	38,4%	12 577 629	61,6%			20 414 629
ST-LOUIS	9 500 000	43,7%	12 244 529	56,3%			21 744 529
TAMBA.	9 500 000	62,7%	5 639 625	37,3%			15 139 625
THIES	18 200 000	56,4%	14 071 354	43,6%			32 271 354
ZIGUIN.	9 350 000	35,5%	17 017 302	64,5%			26 367 302
TOTAL	96 745 000	30,4%	188 813 262	59,4%	32 377 903	10,2%	317 936 165

Les fonds collectés dans le cadre de la participation communautaire couvrent 70% des dépenses en médicaments (1989). Ces fonds proviennent de la vente des tickets ainsi que du paiement des différents actes médicaux, ils devraient permettre de couvrir les achats en médicaments, les primes des Agents de Santé et certains frais de fonctionnement.

On note une rare participation de la commune (sauf pour la région de Dakar et de Diourbel) bien qu'une participation de 8% ait été instauré.

Si l'on se réfère aux études d'évaluation des besoins (voir Système d'Approvisionnement en Place - Gestion des Stocks/Modalité d'Estimation des besoins), le montant dépensé n'assure à l'heure actuelle qu'une partie des besoins réels de la population en médicaments.

Cas particulier de la Circonscription Médicale de Pikine qui a une approche plus complexe. Cette CM utilise un barème qui permet la répartition des fonds collectés dans le cadre de la participation communautaire en 9 rubriques différentes (voir Figure 2. Planning de répartition des rubriques de dépenses). Cette démarche bien que nécessitant une gestion rigoureuse permet une utilisation optimale des fonds collectés, assure l'entretien et évite une certaine immobilisation des fonds disponibles telle qu'on a pu le constater dans certaines structures.

Figure 2. Planning de répartition des rubriques de dépenses: participation populaire, communautaire, des structures sanitaires.

N°	SERVICES	R 1 Σ	R 2 Σ	R 3 Σ	R 4 Σ	R 5 Σ	R 6 Σ	R 7 Σ	R 8 Σ	R 9 Σ	TOT Σ	STRUCTURES INTERESSEES
1	Postes de Santé	52	6	4	5	10	10	5	3	5	100	Tous les postes de santé y compris les PMI + P.F. attachés aux postes
2	Cases de Santé	46	5	4	5	10	15	5	5	5	100	Création Nassiroulai, Taïf, Benne Baraque, Fass MBoo
3	PMI y compris P.F.	50	7	5	5	8	10	5	5	5	100	PMI 2, Touba Diack Saô
4	Maternités	42	10	5	5	10	10	5	8	5	100	NDiarème, Diamaquène, Yeumbeul
5	Centres de Santé	49	6	5	5	10	10	5	5	5	100	Dominique - Roi Baudouin - Sicap MBoo
6	Centre Hospitalisation	60	6	4	5	5	10	5	0	5	100	Roi Baudouin
7	C.C. Dentaires	34	18	5	5	10	10	5	8	5	100	CCTA Dentaire, Ecole 8, CT Thiam
8	Centrale d'Achat	60	20	3	3	2	3	2	2	5	100	Wakhinone Guédjawaye

Définition des Rubriques de Dépenses , avec effet a/c du 1er avril 1989

- R 1 Achats de médicaments à la Centrale d'Approvisionnement de l'APS
- R 2 Achats de produits d'entretien, fournitures, gaz et divers matériels médicaux sanitaires
- R 3 Dépenses courantes, frais de déplacement du comité et petites réparations d'urgence (lampes, robinets, ...)
- R 4 Prime de responsabilité des membres du bureau de COGESTION des postes
- R 5 Primes aux vendeurs de tickets jusqu'à 100 milles Frs de recettes et aux gardiens s'il est nécessaire au-delà reste à 10 milles
- R 6 Primes au ASC et maltrones choisies par les comités de santé et par l'APS avec un nombre limité
- R 7 Caisse de solidarité pour le fonctionnement de l'APS, le PEV, la santé mentale, le CCT et la médecine traditionnelle
- R 8 Caisse de réserve pour entretien, réparation, réfection et construction de postes de santé, cases de santé, ...
- R 9 Disponibles réserves pour les comités de santé, les redevances de la banque, agios, restauration, et divers imprévus.

Pikine, le 30 décembre 1988
 Pour le Comité Directeur de l'APS
 signé Le Président

5.2. Comité de Santé

Afin d'encadrer la participation communautaire à l'effort de santé, la création de différentes associations a été encouragée:

- Association pour la Promotion de l'Hopital - A.P.H.
- Association pour la Promotion de la Santé - A.P.S. (au niveau du Centre de Santé)
- Comité de Santé - C.S. (au niveau du Poste et de la Case de Santé)

La fonction principale de ces groupes est d'assurer la gestion des fonds collectés dans le cadre de la participation communautaire.

La structure du comité de santé est identique à tous les niveaux:

Président
Vice-président(s)
Trésorier (Trésorier Adjoint)
Secrétaire
Commissaire aux comptes
Contrôleur Financier

Selon les niveaux le Médecin Chef, l'Infirmier Chef de Poste, l'Agent de Santé Communautaire et la Matrone sont membres du comité et ont un rôle de conseiller technique (élaboration des commandes, évaluation des besoins). Le Président et le Trésorier ont la signature du compte en banque, dans le cas des cases de santé les fonds sont gardés par le Président.

Quand ils sont fonctionnels ces comités se réunissent régulièrement. La "fonctionnalité" de ces comités s'estompe quand on va du Centre à la Case.

La "notabilité" est un critère de choix pour les membres des comités mais n'est pas souvent liée à une capacité de gestion et/ou à un intérêt pour le développement sanitaire de la communauté.

Plus on se rapproche de la case plus le système comptable, notamment la tenue des registres, laisse à désirer.

Au niveau de la case les contraintes socio-culturelles sont les plus fortes, elles influencent considérablement le choix des membres ainsi que leurs responsabilités.

Dans certains cas les membres du comité sont en place depuis de nombreuses années ce qui n'est pas sans défavoriser leur dynamisme.

Mais les problèmes les plus importants restent le manque de support législatif et l'incapacité à gérer les fonds collectés.

Un statut juridique a été développé par le Ministère de la Santé. Son application devrait constituer une étape essentielle dans la structuration de la participation communautaire et son contrôle.

5.3. Investissements

Les investissements sont principalement réalisés par les bailleurs de fonds/ONG sous la forme d'infrastructures, d'équipements ou de dotations en médicaments et sont rarement le résultat de la participation communautaire. Cas particulier de la région du fleuve où il existe une forte participation des expatriés ce qui se traduit par une multiplication des postes de santé.

5.4. Dettes

Les dettes sont inexistantes au niveau des comptes gérés par les comités de santé. Les comités de santé ne dépensent que dans la mesure de leurs moyens.

Le montant alloué par l'Etat aux frais de fonctionnement (Eau, Electricité, Téléphone) est insuffisant, en effet le budget d'Etat ne couvre en général que l'équivalent de 4 mois de ces dépenses. La conséquence immédiate est un accroissement de la dette des Centres de santé d'années en années vis à vis des services publics concernés.

Si les fonds attribués à d'autres rubriques ne sont pas complètement utilisés avant la fin de l'année budgétaire les reliquats sont remis au trésor public. Une procédure permettant le transfert des fonds d'une rubrique à l'autre afin d'assurer leurs utilisations existe, mais sa mise à exécution est entravée par une certaine "lourdeur administrative" qui souvent décourage le demandeur ou ne permet pas son exécution avant la fin de l'année budgétaire.

6. SUPERVISION

La supervision des centres et des postes de santé est assuré par des techniciens supérieurs. La supervision des cases est sous la responsabilité des infirmiers chefs de poste.

La supervision dépend des moyens logistiques (véhicules inexistantes ou inadaptés), de la motivation du superviseur et de son supérieur hiérarchique, ainsi que de la situation géographique. Elle est de ce fait souvent déficiente. Une indemnité mensuelle de 15 000 FCFA doit être attribuée au superviseur. L'attribution de cette indemnité est inégale au sein d'une même CM et inexistante dans d'autres.

Les véhicules qui tombent en panne restent immobilisés durant de nombreux mois faute de pièces détachées et d'un service de réparation adéquat. Quand elles existent les dotations en carburant dans le cadre de programmes nationaux (exemple UNICEF) ne suffisent pas.

Les indicateurs de performance permettant une évaluation de la qualité des services ne sont pas développés (sauf à Matam).

Dans la région de Saint Louis la Foster Parents Plan International paie aux superviseurs une prime 2 500 FCFA plus les frais de carburant pour chaque visite effectuée au niveau des cases. Ce soutien financier ne résoud malheureusement pas tous les problèmes. Dans le cadre de ces visites les infirmiers superviseurs n'assurent que les tâches pour lesquelles ils sont indemnisés par l'organisation Foster. Motivés par la prime, les superviseurs effectuent des visites régulières mais négligent toute évaluation des différents aspects des soins de santé primaires comme le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

7. MOTIVATION

7.1. Motivation des Populations

Depuis 1980, la diminution du soutien de l'Etat aux dépenses sanitaires a stimulé la prise en charge progressive par la population des dépenses de santé. La présence d'un secteur privé prospère (cabinet, officine, clinique) et l'importante fréquentation des structures privés à but non lucratif comme le centre de Keur Mussa sont la preuve supplémentaire d'une prise de conscience par la population de la nécessité de payer pour être soigné, ce qui s'affirme surtout en milieu urbain et semi-urbain. En effet le "pouvoir d'achat" ou la volonté de payer varie en fonction du type de population et de la situation géographique. Il n'y a pas eu de réactualisation du prix du ticket depuis un dizaine d'années mais on peut se demander dans quelle mesure les communautés peuvent augmenter leur participation. Quelle est la limite supérieure du prix du ticket ? Peut-on augmenter le prix du ticket sans augmenter la qualité du service ?

Le Sénégal traverse une crise économique, la diminution du soutien financier de l'Etat aux dépenses de santé est évidente. La proportion du budget national consacrée à la santé était voisine de 9%, donc de la norme de l'OMS. Elle est aujourd'hui inférieure à 6%. Il est donc nécessaire de sensibiliser les communautés au rôle fondamental qu'elles jouent dans l'amélioration de l'état sanitaire du pays.

7.2. Personnel de Santé

Les salaires du personnel de santé sont modestes et les avantages limités à une certaine sécurité de l'emploi quand ils sont fonctionnaires. La motivation est encore plus fragile dans le cas des ASC et des matrones qui n'ont qu'un statut basé sur le volontariat.

Les mesures disciplinaires (sanction/gratification) sont rarement appliquées. Il apparaît que le salaire n'est pas systématiquement la motivation principale; l'attribution d'un voyage à la Mecque (ou à Rome) ou d'une décoration a été mentionnée durant notre enquête. Malheureusement l'attribution de ces récompenses quand elles existent est souvent perçue comme inéquitable par le personnel. La Région de Tambacounda utilise un système de gratification sous la forme d'un "remerciement en personne par le Ministre de la Santé" qui est fortement apprécié par le personnel.

Le manque de coordination et de formation continue diminuent aussi la motivation.

7.3. Assistance Technique/Moyens/Historique

Le Sénégal est un des pays d'Afrique à recevoir le plus d'aide internationale.

Dans le domaine de la Santé cette aide est représentée par:

- personnel d'assistance technique (USAID, Coopération Belge, Coopération Française, Coopération Italienne, ONG diverses, ..)**
- dotations en médicaments et fournitures médicales (USAID, UNICEF, ONG diverses...)**
- financement d'équipements et d'infrastructures (UNICEF, Banque Mondiale, USAID, FAC,...)**

L'influence du personnel d'assistance technique est apparente surtout dans les régions où l'assistance technique est présente et ce depuis plusieurs années. Cependant quand le personnel d'assistance technique n'implique pas ou peu dans ses actions le personnel de Santé en place, son action est perçue comme un système parallèle non intégré aux efforts nationaux.

On notera aussi l'exemple d'un projet Suisse qui consiste en un don d'une valeur 600 000 000 de FCFA en médicaments destiné à 4 régions, soit plus de la moitié des dépenses annuelles pour l'achat des médicaments par la PNA. L'objectif principal d'un tel projet est de contribuer au rétablissement de la balance des paiements en diminuant les achats de la PNA. La dette de la PNA lors de notre visite était estimée à 400 millions de FCFA après un versement de la France de 400 millions et de l'Etat de 200 millions. Malheureusement la population concernée ne pourra certainement pas se permettre d'acheter plus de la moitié des médicaments ce qui ne résoudra que partiellement le problème de la balance des paiements. Il nous paraît plus judicieux d'assurer la distribution à l'ensemble des régions par le biais du circuit national.

L'"injection" de dons à courte durée de vie, exemple de l'envoi de médicaments pour les réfugiés dans la Région de Saint Louis, ne résouds en aucun cas les problèmes liés à l'approvisionnement. S'il n'y a pas de suivi de l'installation et de l'utilisation des équipements ils restent le plus souvent inutilisés.

Cependant en ce qui concerne le soutien aux différents projets de développement sanitaire, il est important de noter qu'il existe au Sénégal une volonté des différents bailleurs de fonds à planifier et coordonner leurs actions dans le cadre de réunions régulières. Cet effort louable devrait permettre d'optimiser les résultats par le biais d'une meilleure utilisation des ressources mises à disposition.

8. NOTES SUR LES DOCUMENTS MIS A DISPOSITION

De nombreux études ont été faites sur le système de santé sénégalais et la plupart des recommandations restent encore valables. C'est notamment le cas pour l'étude de REACH "Etude sur le Financement des Soins de Santé Primaires" qui propose 3 études complémentaires (sur le système de financement, sur le coût de fonctionnement et sur les revenus des ménages) et le rapport de J-P UNGER sur le "Renforcement des Régions Médicales (RM) et des circonscriptions médicales", ces deux documents s'attachent à analyser la situation au niveau national. La plupart des autres publications consultées traitent des problèmes et des solutions apportés au niveau régional (Pikine, Siné Saloum, Tambacounda).

La quantité et la qualité des informations fournies sur le projet Pikine est le témoignage d'une assistance technique active qui a instauré une gestion et un système d'information relativement sophistiqués par rapport aux autres régions. Malheureusement Pikine est dans une région urbaine et vouloir extrapoler les résultats et les solutions apportés dans cette région à l'ensemble du Sénégal nous semble inapproprié.

Le projet du Siné Saloum, également bien documenté, s'attache plus particulièrement aux cases de santé.

De ces documents, comme de l'enquête que nous avons effectuée, on notera le manque de cohésion et de coordination des solutions adoptés entre les différentes régions. Chaque projet/région a traité d'un problème particulier et a appliqué sa solution à sa façon et dans la mesure de ses moyens.

9. L'INITIATIVE DE BAMAKO AU SENEGAL

Vu la courte durée de notre mission nous n'avons pas la prétention de faire la description et l'analyse complète du système sénégalais, mais nous pensons que le nombre des structures visitées et les informations collectées sur le terrain sont représentatifs de la situation sénégalaise.

Après l'analyse des problèmes et des contraintes dégagés lors de notre enquête nous avons voulu situer nos recommandations dans le cadre du cycle logistique d'approvisionnement des médicaments essentiels (voir Figure 3). L'évaluation et le renforcement de chaque étape de ce cycle nous apparaissent comme des éléments clés de la mise en oeuvre de l'initiative de Bamako dont nous rappellerons les objectifs principaux:

- Renforcer les actions à assise communautaire pour améliorer la survie et la qualité de vie des femmes et des enfants en particulier en mettant en place un système de financement fondé sur l'approvisionnement et la vente des fournitures et médicaments essentiels.
- Assurer à long terme l'amélioration du niveau sanitaire du pays et promouvoir une autonomie de gestion au niveau du village, de la commune, du département et de la nation.

9.1. Recommandations

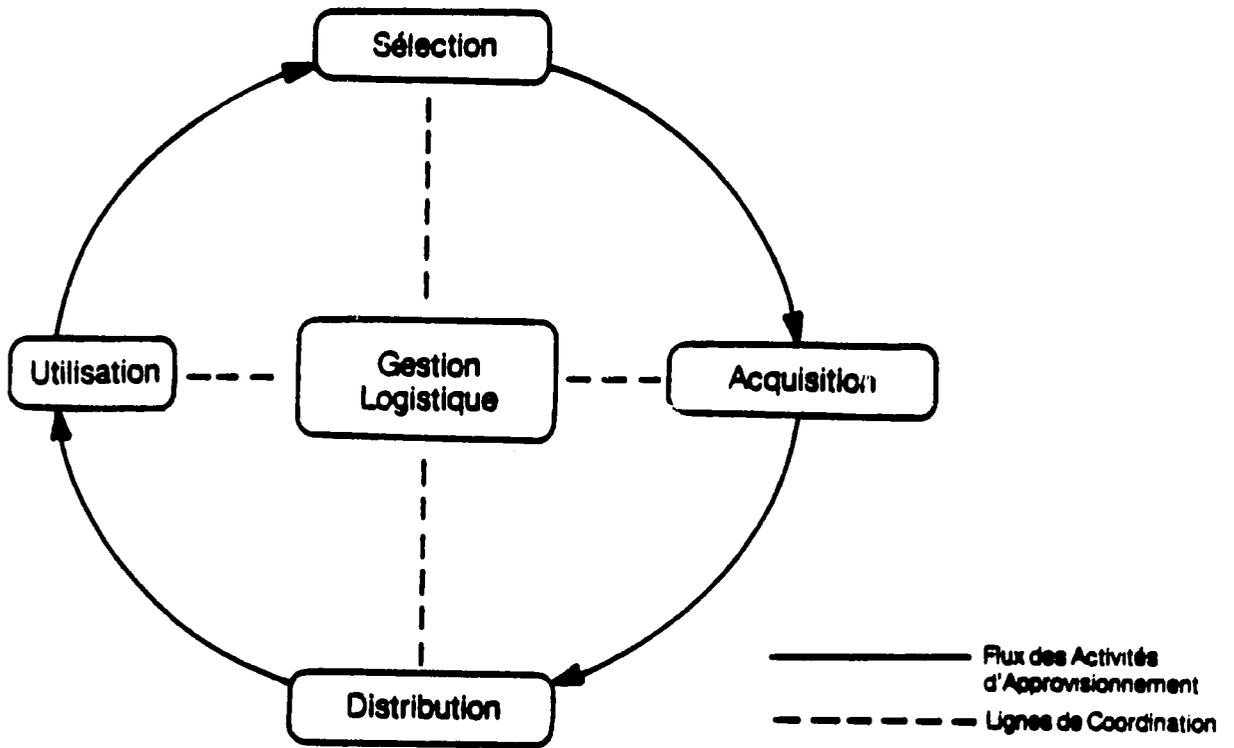
Selection

- o Révision de la liste des médicaments essentiels
- o Détermination des protocoles de traitement (ordinogrammes)
- o Développement d'un manuel thérapeutique adapté au niveau d'utilisation
- o Exploration des possibilités de participation du secteur privé au programme national de développement sanitaire (révision et application de la "liste sociale")

Acquisition

- o Formation à la gestion du personnel de santé adapté à chaque niveau de structure (seminaire national de formation de formateurs qui aboutira à un programme de séminaires régionaux)
- o Mise en place d'un système d'information à la gestion (manuel et informatique)

Figure 3. Le cycle logistique.⁶



⁶Source: Bien gérer les médicaments. Boston: Management Sciences for Health, 1984.

- o **Centralisation des dons et redistribution à partir de la PNA**
- o **Développement d'une politique d'achat permettant l'accès au Marché International**
- o **Estimation des besoins (Etude de quantification basée sur des données de morbidité de chaque région comparées aux quantités distribuées par la PNA)**

Distribution

- o **Création d'un circuit unique de distribution quelque soit le type de financement et la nature de l'article; et ceci de la PNA à la Case de Santé**
- o **Accroissement du rôle de coordination/supervision/gestion des PRA et de la PNA**
- o **Assurer la disponibilité des médicaments et fournitures médicales jusqu'au poste de santé**

Financement/Participation Communautaire

- o **Assurer à court terme l'épurement de la dette de la PNA envers les différents fournisseurs**
- o **Création d'un fond de roulement afin d'assurer l'autonomie de gestion de la PNA**
- o **Réajustement de la tarification des services**
- o **Application d'un statut juridique permettant le contrôle de la gestion des fonds collectés par les APS et des Comités de Santé**
- o **Sensibilisation des APS et Comités à l'importance d'une bonne gestion et au rôle qu'ils jouent dans la couverture sanitaire**
- o **Etude du fonctionnement et de la viabilité des APH afin de définir la possibilité de l'intégration des APH à l'initiative de Bamako**

Utilisation

- o **Sensibilisation des prescripteurs à l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels, promotion des médicaments essentiels**
- o **Suivi de l'utilisation des médicaments essentiels**
- o **Mise en place d'un système d'information de Santé adapté aux différents niveaux**

- o Evaluation de la qualité des services en fonction d'indicateurs de performance prédéfinis**
- o Suivi de l'évolution des indicateurs de santé.**

Nous nous sommes attachés à regrouper et à détailler ces recommandations sous la forme de projets pouvant être mis à exécution indépendamment les uns des autres.

La restructuration de la PNA a été développée dans le récent rapport des consultant de la Banque Mondiale et des solutions ont été proposées, nous ne développerons pas cet aspect. Toutefois on soulignera qu'il ne nous semble pas nécessaire d'attendre que la restructuration soit effective pour accorder à la PNA une certaine autonomie de gestion et améliorer certains aspects de son fonctionnement.

Grace aux efforts du Ministère de la Santé Publique Sénégalais la création d'un statut juridique des APS et des Comités de Santé est sur le point d'aboutir, on ne fera qu'attirer l'attention sur l'importance de cette mesure qui doit s'accompagner d'une sensibilisation de la population à son rôle pour le développement sanitaire du pays ainsi que la mise en place de mesures de contrôle et de supervision.

9.2. Proposition de Mise en Oeuvre des Recommandations

A. Développement d'un Manuel Thérapeutique

1. Comité des Médicaments Essentiels:

Si nécessaire on revisera la composition du Comité des Médicaments Essentiels et on redéfinira les responsabilités de chaque membre. En effet les membres permanents de ce comité doivent être représentatifs des professionnels de Santé impliqués dans une politique du médicament essentiel, son approvisionnement, son utilisation et sa délivrance et ce pour chaque niveau.

2. Ouvrage de Références

Constitution d'une bibliothèque d'ouvrages de références ainsi que de matériaux développés dans d'autre pays en voie de développement.

3. Sélection des Médicaments

On complétera la liste actuelle en définissant pour chaque entité: le nom générique, sa forme pharmaceutique, son dosage, la voie d'administration, le traitement et son coût, les avantages et inconvénients thérapeutiques ainsi que le niveau d'utilisation, les noms commerciaux les plus courants. La sélection se fera en collaboration avec des spécialistes nationaux voire internationaux.

Il sera aussi nécessaire de faire une estimation des fonds devant être mobilisés pour assurer l'approvisionnement de la nouvelle gamme de produits.

4. 1ère Révision

Un première circulation de la liste permettra de recueillir les considérations du personnel de santé et de rédiger la liste définitive. A ce stade il sera nécessaire de consulter le plus grand nombre de personnes possible afin d'assurer la popularité du manuel thérapeutique. Un sous-comité sera chargé de la rédaction des monographies. Elles seront ensuite revues par le comité et des membres ad hoc si nécessaire. Afin de faciliter toute révision la rédaction du document sera traitée sur micro-ordinateur.

5. Ratification du Manuel Thérapeutique

Une fois le format et le contenu acceptés par le comité il sera soumis à l'approbation du Ministre de la Santé.

Le document sera ensuite envoyé sous presse et tiré en un nombre d'exemplaires suffisant pour permettre une large diffusion au niveau national et international.

6. Promotion

Le produit final sera présenté auprès du personnel de santé dans le cadre d'un ou plusieurs séminaires durant lesquels on sensibilisera les prescripteurs à l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels (promotion des ordigrammes).

Afin d'augmenter l'acceptation de cette liste par les prescripteurs et d'acquies la confiance du public, il est important que la PNA soit en mesure d'assurer la disponibilité d'un nombre minimum de produits appartenant à la liste. Le lancement du manuel devrait coïncider avec l'arrivée des nouveaux produits. Toute décision de choix des articles par le comité sera transmise de façon formelle auprès du service d'approvisionnement.

7. Révision

Une première évaluation sera faite 6 à 9 mois après le lancement de la publication, soit avant la fin du cycle d'approvisionnement. Cette période permettra d'évaluer l'impact du manuel sur les habitudes des prescripteurs et sur les consommations en médicaments par les différentes structures de santé. Si nécessaire on réajustera l'approvisionnement (choix, quantités) afin de pouvoir rétablir la situation au début du prochain cycle d'approvisionnement. On envisagera alors les modifications à apporter pour en optimiser son utilisation et on déterminera la périodicité de chaque édition.

B. Amélioration de la Gestion

Il nous semble important dans une première phase de concentrer les efforts jusqu'au niveau du poste car le bon fonctionnement des cases de santé dépend de facteurs qui sont beaucoup plus difficiles à contrôler. Assurer la disponibilité des médicaments essentiels jusqu'au poste de santé c'est garantir l'accès au médicament à la majorité de la population.

Pour chaque niveau:

On fera l'analyse détaillée du système d'information à la gestion en place et des méthodes utilisées

Cette étude sera suivie d'une proposition détaillée du nouveau système en consultation avec les futurs utilisateurs et le ministère de la santé. Les possibilités d'informatisation seront à considérer, surtout pour les niveaux qui possèdent déjà un minimum d'équipement (PNA, PRA)

On s'assurera que le système recommandé pour chaque niveau soit applicable à l'ensemble du territoire. L'homogénéité du système pour chaque niveau devrait faciliter la collecte et l'analyse des données d'une région à une autre

On s'attachera à développer un circuit unique vertical de distribution (voir Figure 4) auquel on incorporera tous les programmes nationaux (planning familial, PEV, PNT,...). En effet tout article distribué devra utiliser ce circuit.

La proposition d'un circuit unique et d'un stock unique devra se faire en collaboration avec les représentants des responsables des comités de santé. On s'assurera que les comités de santé ne perçoivent pas cette décision comme une mesure visant à contrôler l'utilisation des fonds de la participation communautaire mais bien comme une mesure visant à optimiser l'utilisation de leurs ressources

On identifiera les différents indicateurs de performance

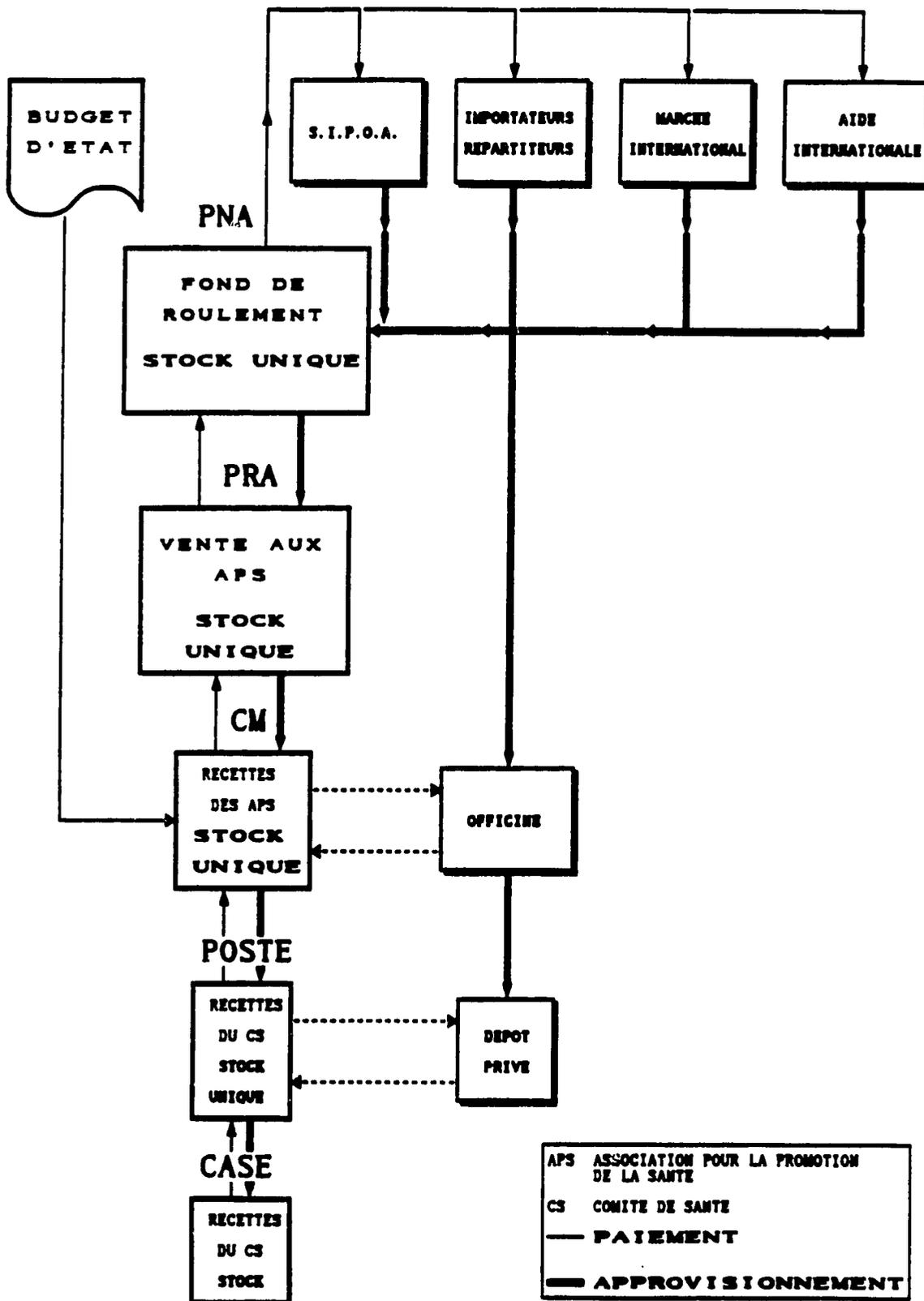
Pour les Postes et les Centres:

On organisera des séminaires pour la formation de formateurs et pour la formation des superviseurs régionaux et départementaux. Ces séminaires seront suivis de programmes de formation dans chaque CM

Durant ces séminaires on développera un matériel pédagogique qui sera utilisé durant les programmes de formation

Pour le personnel des PNA et les PRA on organisera des séminaires de formation et on développera les possibilités d'interaction entre les niveaux (réunions de coordination et d'information)

Figure 4. Circuit de distribution et d'approvisionnement: Proposition.



La mise en place d'une supervision régulière constituera un des points clefs vers l'amélioration de la gestion.

Une première analyse des consommations sera effectuée 9 mois après le lancement du programme contribuera à améliorer l'estimation des besoins et de permettre un réajustement des commandes de la PNA.

C. Révision du Système d'Information de Santé

Il existe au sein du Ministère de la Santé un comité responsable de la révision du système d'information de Santé. Il est nécessaire de revoir le choix et le rôle de chaque membre de ce comité afin d'en assurer le fonctionnement.

Une démarche identique à celle proposée pour l'amélioration de la gestion pourra être appliquée.

L'analyse du système en place en collaboration avec les utilisateurs devra aboutir à la mise en place d'un système d'information adapté aux types d'activités de chaque structure et au niveau des utilisateurs.

La formation et la supervision/coordination constituent ici aussi des éléments essentiels de l'utilisation du système en place.

On pourra envisager la mise en place de réunions annuelles entre les différentes régions afin d'analyser les indicateurs de performances prédéfinis et d'établir un bilan de la situation sanitaire du Sénégal. L'attribution d'une "récompense" à la région ayant obtenu les meilleurs résultats a fait ses preuves dans d'autres pays car elle contribue à développer un certain dynamisme/esprit de compétition entre les différentes régions.

D. Réévaluation de la Tarification des Services/Modalités de Financement

La détermination du juste prix constitue un des problèmes les plus complexes à résoudre. Elle devra faire l'objet d'un certain nombre d'études préalables:

- de la prévalence de certaines pathologies (étude de la morbidité)
- des besoins en médicaments
- des coûts des différents traitements/services
- des revenus des familles⁷
- des frais de fonctionnement des différents niveaux
- du niveau de participation de l'Etat et des communautés
- des contraintes socio-culturelles et géographiques

La synthèse des données recueillies devra permettre de faire le point sur la capacité des communautés à financer les dépenses de santé. Il existe plusieurs alternatives de financement ayant chacune leurs avantages et leurs inconvénients (voir Tableau 5), l'étude de ces contraintes et leurs impacts dans le contexte sénégalais permettra de choisir la méthode de participation communautaire la plus appropriée à chaque niveau.

Afin de favoriser la popularité des décisions prises, toute augmentation de tarif sera précédée d'une campagne de sensibilisation de la population (réunions, campagne d'information à la radio ou à la télévision).

⁷(voir Proposition d'Etude sur le Financement des Soins de Santé au Sénégal. Resources for Child Health (REACH), 1988)

Le succès de l'opération ne pourra être assuré que si il y a une augmentation de la qualité des prestations (infrastructures d'accueil, fiabilité des services).

Tableau 5. Alternatives des mecanismes de collecte des tarifs.⁸

<u>Type de Tarif</u>	<u>Description</u>	<u>Avantages</u>	<u>Inconvénients</u>
Carte	Permet plusieurs consultations généralement pour une année.	Simple sur le plan administratif.	Entraine tendance à consulter.
Tarif de consultation	Paiement pour chaque consultation.	Visites uniquement si nécessaire.	Paiement du diagnostic; pression pour obtenir des médicaments.
Tarif fixe	Prix unique pour obtenir les médicaments quel qu'en soit le nombre.	Simple sur le plan administratif.	Aucun désir d'être conscient des coûts; tendance à des traitements multiples; sur le plan comptable difficile d'égaliser le nombre de produits prescrits et le montant collecté.
Tarif fixe par médicament	Tarif unique pour un médicament, quel que soit son coût de revient.	Simple sur le plan administratif.	Pas de tendance à prescrire des médicaments moins chers.
Tarif variable par médicament	Prix varie avec le coût de revient du médicament.	Plus grande conscience des coûts; meilleures habitudes de prescription.	Procédures de comptabilité plus complexes.

⁸Source: Blakney, et al., Financing Primary Health Care: Experiences in Cost Recovery. Washington, DC: PRITECH, 1989.

10. CONCLUSION

La participation communautaire aux dépenses de santé a commencé au Sénégal depuis 10 ans. Le désengagement progressif de l'Etat a contribué à la "promotion" de cette participation, ce qui constitue un élément important pour l'application de l'initiative de Bamako particulièrement au niveau du centre, du poste et de la case de santé.

La Déclaration de la Politique de Santé⁹ fait l'analyse objective du profil sanitaire et souligne les contraintes d'ordre organisationnel, d'ordre géographique, d'ordre économique et social telles que nous avons pu le vérifier lors de notre visite sur le terrain.

L'expérience accumulée lors des nombreux projets de développement (Siné Saloum, Pikine, Tambacounda) a permis d'identifier les points faibles et les contraintes du système de santé en place. Il n'y a pas au Sénégal un système de santé mais des systèmes de santé où chaque région traite ses problèmes et adopte des solutions en fonction de son dynamisme et de ses moyens. Dans la plupart des pays en voie de développement la notion de gestion/management financière et de gestion du personnel est un concept nouveau que le personnel de santé n'a pas encore assimilé ou pour lequel ce personnel et les responsables des comités de santé n'ont reçu aucune formation. Le Sénégal n'échappe pas à cette règle.

L'initiative de Bamako s'inscrit parfaitement dans le programme de politique de santé du ministère. Mais sa réussite ne sera effective que si il existe une véritable volonté du gouvernement de promouvoir une politique du médicament essentiel qui, gérée par un personnel compétent et motivé permettra d'augmenter la qualité des services.

Il faut aussi renforcer gestion de la participation communautaire afin d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles dans le cadre d'un programme national. Cette condition devra être accompagnée de l'application d'une législation encadrant la participation communautaire. Cette participation devra être assurée par une population sensibilisée au rôle qu'elle doit jouer dans l'amélioration de l'état sanitaire du pays.

⁹Déclaration de la Politique Nationale de Santé - Ministère de la Santé Publique - République du Sénégal (Juin 1989).

CALENDRIER DES ACTIVITES

Première Semaine

- Réunion avec le Comité de Pilotage
- Examen des documents mis à disposition par l'OMS, l'USAID et le Ministère de la Santé (PNA et DSP)
- Visite du Centre de Santé de Pikine
- Visite de la PNA
- Réunion à la Direction de la Pharmacie avec le Professeur Issa Lo
- Développement du questionnaire
- Programmation des visites sur le terrain

Deuxième Semaine

Visites sur le terrain:

Lundi 9 Avril:

- 6:00; Départ pour Kolda
- 14:00; Arrivée à Kolda
 - Visite Région Médicale
 - Visite du Centre de Santé

Mardi 10 Avril:

- Région de Kolda
 - Visite du Dépôt de Kolda
 - Visite du Poste de Santé de Bagadaji
 - Visite de la Case de Santé de Sare Lountang
 - Visite du Poste privée et du CREN de Sare Moussa

Mercredi 11 Avril:

- 7:00; Départ pour Tambacounda
- 10:00; Arrivée à Tambacounda
 - Visite de la Pharmacie Régionale D'Approvisionnement
 - Visite de la Région Médicale
 - Visite du Centre de Formation

Jeudi 12 Avril:

- Région de Tambacounda
 - Visite du Poste de Santé de Simthiou Maleme
 - Visite de la Case de Santé de Damba Missirah
 - Visite du Poste de Santé de Koussanar
- 16:30; Arrivée à Kaolack
 - Visite du Centre de Santé de Kasnak

Vendredi 13 Avril:

- Région de Kaolack
 - Visite de la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
 - Visite du Dépôt du Centre de Santé de Kasnak
 - Visite du Poste de Santé de Keur Soce
 - Visite de la Case de Santé de Mbouma
- 16:30; Départ pour Fatick
 - Visite du Centre de Santé
 - Visite du Poste de Santé de Diouroup

42

Samedi 14 Avril:

- Région de Fatick
Visite de la Case de Santé de Ndioudiouf
- 12:00; Retour à Dakar

Troisième Semaine

Lundi 16 Avril:

- 6:30; Départ de Dakar
- 16:30; Arrivé à Matam
Visite du Centre de Santé de Matam

Mardi 17 Avril:

- Département de Matam
Visite du Poste de Santé de Bokidiawe
Visite de la Case de Dounga Rindiaw
- 16:30; Arrivée à Dagana
Visite du Centre de Santé de Dagana

Mercredi 18 Avril:

- Département de Dagana
Visite de la Case de Santé de Mbilor Peulh
Visite du Poste de Santé de Mbane
- 15:00; Arrivée à Saint Louis
Visite de la Région Médicale (entretien avec le Superviseur Régional)

Jeudi 19 Avril:

- Région de Saint Louis
Visite de la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement de Saint Louis
Visite de la Pharmacie de l'Hopital Mamadou Diouf de Saint Louis
- 15:00; Retour à Dakar

Quatrième Semaine

- Présentation d'une première synthèse des enquêtes faites sur le terrain auprès du Comité de Pilotage
- Visite de la PNA
- Visite du Poste de Santé de Pikine
- Rédaction d'un Rapport Provisoire

PERSONNES CONTACTEES

A. Pharmacie Nationale d'Approvisionnement:

M. Mamadou Toure
Colonel Jan Ludovic
Capitaine Sougou
Capitaine Ngom

B. Circonscription Medicale de Pikine

Centre de Dominique

Dr. S. Guindo
Dr. E. Jeannee
Mme. S. Ramatoulaye
Mme. N. B. Bocoum
Mme. B. Ndiaye
M. M. Seck
M. M. Fall
M. A. Ndiaye
M. M. Ndiaye
M. L. van der Welden
Mlle. C. Patris

Poste de Wakhinane

M. P. Diallo
Mme. C. Wade
Mme. S. Diop

C. Region de Saint Louis

M. A. Mdiaye Fall
M. E. M. Ly

Circonscription Medicale de Dagana

Centre de Dagana

Dr. A. Sy
Mr. A.B. Diop
Mme. D. Ba
Mme K. Diallo

Case de Mbilor Peulh

Mme D. Ba
Mme K. Diallo
Mme D. Mbodji
Mme N. Diallo
Mme N. Miamct

Circonscription Medicales de Matam

Dr. M. Sarr
M. I. Fall
M. B. Kane

Poste de Santé de Bokidiawe

M. A.S. Mbehgue

Case de Santé de Dounga Rindiw

M. S. Ba

44'

D. Region de Kolda

**Dr. S. Mbaye
M. O. Ba**

Centre de Santé de Kolda

**Dr. A.K. Gaye
M. M. Diao
M. A. Diedhou**

Poste de Santé de Bagadaji

M.M. Cisse

Case de Santé de Sare Lountang

M. I. Seydi

Poste Privé et CREN de Sare Moussa

Soeur H. Ronk

E. Region de Tambacounda

**Dr. I. Deme
M. A. Fofana
Dr. Marquis**

Pharmacie Régionale

Dr. Mangane

Poste de Santé de Simthiou Maléme

M. B.S. Niang

Case de Santé de Damba Missirah

M. M. Ba

Poste de Santé de Koussanar

M. S.A. Seck

F. Région de Kaolack

**Dr. S.T. Fall
M. L. Beye**

Pharmacie Régionale

M. Camara

Poste de Santé de Keur Socé

M. M. Badji

Case de Santé de Mbouma

M. O. Hann

G. Region de Fatik

**Dr. I. Diallo
M. B. Ndiaye**

Poste de Santé de Diouroum

M. M. Cire Thiam

Case de Santé de Ndioudiouf

M. B. Senghor

CONTRIBUTION

MSP: coordination de l'Etude;
fourniture des locaux et assistance du consultant

OMS: prise en charge durant les déplacements
- chauffeur, véhicule, carburant
- représentant du MSP
- représentant de l'OMS

UNICEF:
locaux des réunions
fournitures de bureau

USAID/PRITECH:
prise en charge du consultant pendant toute la durée du séjour.

ANNEXE A:
Questionnaire Utilisé

~~Acl~~

QUESTIONNAIRE UTILISEE

1. NOM/NIVEAU
2. SERVICES PRIVEES:
 - 2.1. MEDECINS
 - 2.2. PHARMACY PRIVEES
 - 2.3. DEPOTS DE MEDICAMENTS
 - 2.4. TRADIPRATICIENS
3. TYPE DE STRUCTURE PUBLIQUE
 - 3.1. HEURES/JOURS D'OUVERTURE
 - 3.2. PERSONNEL
 - 3.2.1. NOMBRE
 - 3.2.2. FORMATION
 - 3.3. NBRE DE LIT
 - 3.4. POPULATION DESSERVIE
 - 3.5. VEHICULES
 - 3.6. SERVICES
 - 3.6.1. EAU
 - 3.6.2. ELECTRICITE
 - 3.7. SERVICES DE SANTE DISPONIBLES
 - 3.7.1. TYPE DE CONSULTATION/TARIF, # CONSULTATIONS
 - 3.7.2. EXEMPTIONS/PRINCIPES
4. SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT EN PLACE
 - 4.1. FIABILITE/RUPTURE DE STOCK
 - 4.2. EVALUATION
 - 4.3. LISTE DES PRODUITS (MEDICAMENTS/FOURNITURES MEDICALES) DISPONIBLES/FOURNISSEURS/PRIX DE VENTE
 - 4.4. CIRCUIT D'APPROVISIONNEMENT
 - 4.5. CIRCUIT DE DISTRIBUTION
 - 4.6. PERTES/SECURITE
 - 4.7. CONDITIONS DE STOCKAGE/CHAINE DU FROID
 - 4.8. MODALITE D'ESTIMATION DES BESOINS
5. SYSTEME D'INFORMATION EN PLACE
 - 5.1. MORBIDITE
 - 5.1.1. RECEUILS DES DONNEES
 - 5.1.2. FORMULAIRES
 - 5.2. CONSOMMATION DES MEDICAMENTS
 - 5.2.1. RECEUILS DES DONNEES
 - 5.2.2. FORMULAIRES
 - 5.3. FREQUENTATION (PAR MALADIE, PAR CLASSE D'AGE, GLOBAL)
 - 5.4. AUTRES TYPE D'INDICATEURS
 - 5.5. RAPPORT TRANSMIS

6. FINANCEMENTS
 - 6.1. BUDGET
 - 6.1.1. ETAT
 - 6.1.2. POPULATION
 - 6.1.3. AUTRE
 - 6.2. INVESTISSEMENTS
 - 6.3. DEPENSES
 - 6.3.1. ACHATS DE MEDICAMENTS
 - 6.3.2. PRIMES
 - 6.3.3. EAU
 - 6.3.4. ELECTRICITE
 - 6.3.5. TELEPHONE
 - 6.3.6. PERSONNEL
 - 6.3.7. PRIMES
 - 6.3.8. ENTRETIEN
 - 6.3.9. AUTRES
 - 6.4. REVENU
 - 6.4.1. VENTE DE MEDICAMENTS
 - 6.4.2. MARGE
 - 6.4.3. AUTRES
 - 6.5. FONDS DISPONIBLES
 - 6.6. COMITE DE SANTE
 - 6.6.1. COMPOSITION
 - 6.6.2. RESPONSABILITES
 - 6.7. MODALITE DE PAIEMENT
 - 6.7.1. DES FOURNISSEURS
 - 6.7.2. PAR LES PATIENTS
 - 6.7.3. CHEMINEMENT DES FONDS
 - 6.8. DETTES
 - 6.9. METHODE POUR LA DETERMINATION DU RECOUVREMENT DES COUTS
7. SUPERVISION
8. MOTIVATION
 - 8.1. DES POPULATIONS
 - 8.2. DU PERSONNEL DE SANTE
9. ASSISTANCE TECHNIQUE/MOYENS/HISTORIQUE
10. COMMENTAIRES:

~~AM~~

49

ANNEXE B:

Comparaison du Prix de Vente du Médicament
entre la PNA et les Officines Privés

~~B-1~~

50'

15

Annexe B. Comparaison du Prix de Vente du Médicament entre la PNA et les Officines Privés

Nom Générique	Nom de Marque	Dosage	Forme Pharm.	Cond.	Nombre d'Unité de Comp.	Unité de Comp.	Prix PNA /Condit. (+ 5%)	Prix PNA /U.Comp.	Nombre d'Unité de Comp.	Unité de Comp.	Prix par Condition	Prix Public Officine /U.Comp.	Différence entre les 2 Sources	Coefficient du Prix le Plus Cher sur le Moins Cher
acide acétylsalicylique	Aspirine SIPOA	500mg	comp	bte	2000	comprime	4 748	2,4	20	comp	210	10,5	8,1	4,4
ampicilline	Totapen	250mg	gel	bte	200	gélule	4 500	22,5	16	gel	1 158	72,4	49,9	3,2
chloramphénicol	Tifomycine	250mg	gel	bte	200	gélule	3 264	16,3	12	gel	476	40	23,3	2,4
chloroquine	Nivaquine	100mg	comp	bte	1000	comprime	4 557	4,6	20	comp	292	14,6	10,0	3,2
cotrimoxazole	Bactrim	400/80mg	comp	bte	20	comprime	420	21	20	comp	1 072	53,6	32,6	2,6
oxytétracycline	Auroomycine	1%	pom/opht	tube	1	tube	142	142	1	tube	265	265	123	2
paracétamol	Doliprane	500mg	comp	bte	200	comprime	3 675	18,4	16	comp	564	35,3	16,9	2
quinine	Quinimax	200mg	inj	bte	100	ampoule	2 291	22,9	50	amp	3 010	60,2	37,3	2,6
tétracycline	Tetra. SIPOA	250mg	gel	bte	200	gélule	2 715	13,6	16	gel	1 140	71,3	57,7	5,2

Source: PNA, LABOREX

ANNEXE C:
Comparaison entre les Prix
de la PNA/SIPOA et le Marché International

C-1

-52

Annexe C. Comparaison entre les Prix de la PNA/SIPOA et le Marché International

Nom Generique (Etude faite sur 46 produits.)	Dosage Pharm.	Forme de Pharm.	Unité de Comparaison	Prix par Unité de Comparaison (FCFA) /Source Senegal	Prix par Unité de Comparaison (FCFA) /Source Inter'l	Difference Entre Les 2 Sources	Coefficient du Prix le Plus Cher Sur le Moins Cher
MEDICAMENTS POUR LESQUELS LA SOURCE SENEGALAISE EST LA PLUS CHERE							
mebendazole	250mg	comp	comprime	45.7 PNA	2.9 IDA	42.9	16.0
paracetamol	500mg	comp	comprime	17.5 PNA	1.3 IDA	16.2	13.9
fer	200mg	comp	comprime	3.9 SIPOA	0.3 IDA	3.6	11.3
metronidazole	250mg	comp	comprime	8.6 PNA	0.9 ECHO	7.7	9.6
indomethacine	25mg	comp	comprime	6 PNA	0.7 A/MEDEO	5.3	8.4
cotrimoxazole	400/80	comp	comprime	20 PNA	4.2 UNICEF	15.8	4.8
acetazolamide	250mg	comp	comprime	21 PNA	4.6 IDA	16.4	4.6
piperazine	250mg	comp	comprime	6.1 SIPOA	1.4 IDA	4.7	4.3
tetracycline	250mg	gel	gelule	12.9 PNA	3.2 UNICEF	9.7	4.0
chloramphenicol	250mg	gel	gelule	15.5 PNA	4 IDA	11.5	3.9
diazepam(2ml)	5mg/ml	inj	ampoule	62.5 PNA	16.6 IDA	45.9	3.8
acide acetylsalicylique	500mg	comp	comprime	2.3 SIPOA	0.6 IDA	1.6	3.6
salbutamol	4mg	comp	comprime	5 PNA	1.5 UNICEF	3.5	3.4
chloroquine	100mg	comp	comprime	4.3 SIPOA	1.3 A/MEDEO	3.0	3.4
chloroquine	0,5%	sirop	ml	1.8 SIPOA	0.6 IDA	1.3	3.2
piperazine	15%	sirop	ml	2.2 SIPOA	0.8 IDA	1.4	2.9
ampicilline	250mg	gel	gelule	21.4 SIPOA	8.3 UNICEF	13.1	2.6
benzyl penicilline	1mui	inj	ampoule	84 PNA	33.3 IDA	50.7	2.5
ampicilline	25mg/	sirop	ml	5.1 PNA	2.1 UNICEF	3.1	2.5
cotrimoxazole	200/40	sirop	flacon	400 PNA	162.2 IDA	237.9	2.5
glucose(500ml)	5%	inj	ml	1.3 SIPOA	0.5 IDA	0.7	2.4
chloramphenicol	1gm	inj	ampoule	180.5 PNA	75.9 IDA	104.6	2.4
mycostatin	500,000	comp	comprime	26.3 PNA	11.2 A/MEDEO	15.0	2.3
phenobarbital	50mg	comp	comprime	2 SIPOA	0.9 IDA	1.1	2.2
oxytetracycline	1%	pom/op	gramme	27 SIPOA	12.4 A/MEDEO	14.6	2.2
lidocaine(20ml)	2%	inj	flacon	310 PNA	144.9 IDA	165.1	2.1
lidocaine/adrenaline	2%	inj	flacon	314 PNA	148.4 IDA	165.7	2.1
lidocaine(20ml)	1%	inj	flacon	298 PNA	144.9 IDA	153.1	2.1
polyvidone iodee	10%	l.u.e	ml	2.8 PNA	1.4 IDA	1.3	1.9
chlorpromazine	25mg	comp	comprime	2.4 SIPOA	1.5 ECHO	0.9	1.6
eau bidistillee	5ml	inj	ampoule	15.8 SIPOA	10.4 IDA	5.5	1.5
eau bidistillee	10ml	inj	ampoule	20.9 SIPOA	13.8 IDA	7.1	1.5
benzathine-penicilline	2.4mui	inj	flacon	141 PNA	107.7 IDA	33.3	1.3
penicilline/procaine	1mui	inj	flacon	63 PNA	58.7 UNICEF	4.4	1.1

Annexe C. Comparaison entre les Prix de la PNA/SIPOA et le Marché International

Nom Generique	Dosage	Forme Pharm.	Unite de Comparaison	Prix par Unite de Comparaison (FCFA) /Source Senegal	Prix par Unite de Comparaison (FCFA) /Source Inter'l	Difference Entre Les 2 Sources	Coefficient du Prix le Plus Cher Sur le Moins Cher		
MEDICAMENTS POUR LESQUELS LA SOURCE SENEGALAISE EST LA MOINS CHERE									
bicarbonate de sodium 1.4%	inj	ml	1.2	SIPOA	4.5	UNICEF	3.3	3.7	
quinine	200mg	inj	ampoule	21.8	SIPOA	45.9	IDA	24.1	2.1
vitamine c	500mg	comp	comprime	4.4	SIPOA	7.8	IDA	3.5	1.8
quinine	400mg	inj	ampoule	35.3	SIPOA	54.8	ECHO	19.5	1.6
diprophylline	200mg	inj	ampoule	15.6	SIPOA	24.2	IDA	8.6	1.5
atropine	250mcg	inj	ampoule	11.6	SIPOA	15.4	IDA	3.8	1.3
adrenaline	1mg	inj	ampoule	12.7	SIPOA	16.3	IDA	3.6	1.3
vitamine b1 b6 b12 (2ml)	inj	ampoule	16.8	SIPOA	20.4	IDA	3.6	1.2	
oxytetracycline	3%	poz/op	gramme	10.7	SIPOA	12.4	A/MEDEO	1.7	1.2
phenobarbital(1ml)	200mg	inj	ampoule	18.1	SIPOA	19.6	IDA	1.5	1.1
ampicilline	1gm	inj	ampoule	120	PNA	128.9	IDA	8.9	1.1
chlorpromazine(5ml)	25mg	inj	ampoule	16.7	SIPOA	17.3	IDA	0.6	1.0

→

: 254'

ANNEXE D:

Achats Mensuels d'une CM de 150 000 Habitants

(Etude Comparative)

~~D-1~~

- 55 -

Annexe D. Achats Mensuels d'une CM de 150 000 Habitants (Etude Comparative)

Nom Generique	Dosage	Forme Pharm.	Unite de Compar.	Nbre d'Unite de Compar. /150 000 Hab.	Prix Senegal /U.Comp.	Prix Intern'l /U.Comp.	Coût Total Senegal (FCFA)	Coût Total Internat'l (FCFA)	Difference (%)
(Etude faite sur 32 produits.)									
MEDICAMENTS POUR LESQUELS LA SOURCE SENEGALAISE EST LA PLUS CHERE									
mebendazole	250mg	comp	comprime	1,125	45.7	2.9	617,344	38,564	94%
paracetamol	500mg	comp	comprime	8,125	17.5	1.3	1,706,250	122,441	93%
fer	200mg	comp	comprime	9,375	3.9	0.3	441,000	38,890	91%
metronidazole	250mg	comp	comprime	2,594	8.6	0.9	268,827	27,919	90%
indomethacine	25mg	comp	comprime	625	6	0.7	45,000	5,382	88%
cotrimoxazole	400/80mg	comp	comprime	4,063	20	4.2	975,000	204,516	79%
tetracycline	250mg	gel	gelule	3,125	12.9	3.2	484,875	121,742	75%
diazepam(2ml)	5mg/ml	inj	ampoule	344	62.5	16.6	257,950	68,595	73%
acide acetylsalicylique	500mg	comp	comprime	40,625	2.3	0.6	1,102,238	309,465	72%
salbutamol	4mg	comp	comprime	375	5	1.5	22,500	6,676	70%
chloroquine	100mg	comp	comprime	28,438	4.3	1.3	1,481,025	440,315	70%
ampicilline	250mg	gel	gelule	1,563	21.4	8.3	401,813	156,479	61%
benzyl penicilline	1mui	inj	ampoule	938	84	33.3	945,000	374,541	60%
cotrimoxazole	200/40mg	sirop	flacon	46	400	162.2	220,000	89,183	59%
glucose(500ml)	5%	inj	ml	46,875	1.3	0.5	713,250	298,856	58%
chloramphenicol	1gm	inj	ampoule	40	180.5	75.9	86,640	36,432	58%
mycostatin	500,000u	comp	comprime	125	26.3	11.2	39,375	16,819	57%
phenobarbital	50mg	comp	comprime	875	2	0.9	21,000	9,419	55%
oxytetracycline	1%	pom/opht	gramme	313	27	12.4	101,250	46,575	54%
lidocaine(20ml)	2%	inj	flacon	156	310	144.9	581,250	271,688	53%
lidocaine/adrenaline	2%	inj	flacon	188	314	148.4	706,500	333,788	53%
chlorpromazine	25mg	comp	comprime	625	2.4	1.5	17,663	11,256	36%
benzathine-penicilline	2,4mui	inj	flacon	188	141	107.7	317,250	242,345	24%
penicilline/procaïne	1mui	inj	flacon	3,438	63	58.7	2,598,750	2,419,313	7%
Total:							14,151,748	5,691,195	60%
MEDICAMENTS POUR LESQUELS LA SOURCE SENEGALAISE EST LA MOINS CHERE									
bicarbonate de sodium	1,4%	inj	ml	31,250	1.2	4.5	459,750	1,681,875	266%
quinine	200mg	inj	ampoule	63	21.8	45.9	16,365	34,414	110%
vitamine c	500mg	comp	comprime	2,625	4.4	7.8	137,624	246,910	79%
quinine	400mg	inj	ampoule	750	35.3	54.8	317,700	493,385	55%
diprophylline	200mg	inj	ampoule	250	15.6	24.2	46,770	72,450	55%
atropine	250mcg	inj	ampoule	625	11.6	15.4	86,625	115,144	33%
oxytetracycline	3%	pom/opht	gramme	448	10.7	12.4	57,638	66,695	16%
ampicilline	1gm	inj	ampoule	750	120	128.9	1,080,000	1,160,028	7%
chlorpromazine(5ml)	25mg	inj	ampoule	3,313	16.7	17.3	661,838	685,688	4%
Total:							2,864,309	4,556,588	59%
GRAND TOTAL (FCFA)							17,016,057	10,247,783	40%

ANNEXE E:

Budget d'Etat 1989. République du Sénégal

Fonctionnement et Achat des Médicaments

E-I

151-

Annexe E. Budget d'Etat 1989, République du Sénégal, Fonctionnement et Achat des Médicaments

Region	District	Chap544	B/Fonct.	B/Medic.	B/Carb.	B/Eau	B/Elect.	B/Tele.	Total
Dakar	Dakar		5,000	2,200	1,202	1,760	2,080	1,360	13,602
Dakar	Pikine		15,542	2,963	1,803	1,100	2,100	1,200	24,708
Dakar	Rufisque		7,000	3,800	1,202	500	600	400	13,502
Diourbel	Diourbel		500	2,550	3,000	601	300	600	7,951
Diourbel	Bambey		500	1,300	2,000	601	200	500	5,401
Diourbel	Mbacke		1,500	12,600	2,000	1,202	200	400	18,202
Fatick	Fatick		700	5,097	2,500	1,803	850	1,500	13,300
Fatick	Foundiougne		1,200	3,450	4,000	1,202	245	690	11,151
Fatick	Goébe		1,300	6,850	3,000	3,004	750	1,600	17,354
Kaolack	Kaffrine		700	5,000	4,295	2,404	770	1,740	15,799
Kaolack	Kaolack		800	2,544	3,000	601	400	800	8,645
Kaolack	Nioro		600	2,000	2,500	601	200	500	6,701
Kolda	Kolda		900	3,000	2,500	1,803	600	1,225	10,703
Kolda	Sedhiou		700	2,550	2,000	1,202	125	400	7,202
Kolda	Velingara		800	1,300	2,000	601	150	275	5,301
Louga	Kebermer		800	1,800	1,617	1,202	300	500	6,469
Louga	Linguère		1,200	4,000	3,750	2,404	700	1,600	14,354
Louga	Louga		800	1,800	2,470	2,404	300	500	8,674
St. Louis	Dagana		2,600	5,150	4,500	3,005	1,200	2,800	20,755
St. Louis	Matam		1,000	650	2,500	1,803	200	500	6,953
St. Louis	Podor		800	700	2,500	601	300	400	5,601
Tambacounda	Bakel		2,500	8,841	5,000	3,005	1,250	2,450	24,346
Tambacounda	Kedougou		1,500	4,200	2,000	1,202	600	1,305	11,507
Tambacounda	Tambacounda		3,350	8,950	4,000	2,404	300	800	20,204
Thies	Mbour		2,500	17,760	5,700	1,803	790	1,150	30,353
Thies	Thies		2,500	15,000	8,750	1,202	600	1,350	30,152
Thies	Tivouane		1,600	14,425	3,750	1,803	600	800	23,278
Ziguinchor	Bigone		500	2,500	3,350	1,202	200	500	8,552
Ziguinchor	Oussouye		600	1,300	1,000	1,202	100	250	4,602
Ziguinchor	Ziguinchor		2,500	14,229	3,000	601	370	1,155	22,430
GRAND TOTAL (FCFA)			34,950	177,088	95,645	45,675	15,960	31,070	417,752

ANNEXE F:

Dépendes 1989

Ministère de la Santé

République du Sénégal

~~F-1~~

Annexe F. Dépenses 1989, Ministère de la Santé, République du Sénégal

Region	District	Dispoi.	Recettes	D/Medic.	D/Primes	D/Divers	D/Total	Disp. Act.
Dakar	Dakar		56,444,150	21,820,350	5,306,523	2,165,523	29,292,396	7,661,905
Dakar	Pikine		125,212,490	53,417,625	22,208,350	25,313,869	100,939,844	23,863,237
Dakar	Rufisque		24,011,200	9,530,475	2,375,523	4,473,126	16,379,124	7,632,076
Diourbel	Diourbel		4,417,770	2,473,782	956,728	1,783,774	5,214,284	3,718,088
Diourbel	Bambey	6,282,627	4,160,111	1,960,907	371,514	999,535	3,331,956	7,110,842
Diourbel	Mbacke		9,927,145	3,761,422	1,992,924	5,051,445	10,805,791	7,619,534
Fatick	Fatick	1,969,932	9,895,660	4,179,655	1,674,840	1,139,365	6,993,860	4,871,732
Fatick	Foundiougne	2,999,960	8,058,023	4,111,612	1,205,170	2,267,982	7,584,764	3,073,219
Fatick	Gooss	1,871,405	4,817,085	3,113,308	1,252,227	1,288,824	5,654,359	1,034,131
Kaolack	Kaffrine	3,651,638	9,224,287	3,052,199	2,219,822	1,924,798	7,196,819	5,679,105
Kaolack	Kaolack	7,246,124	8,158,299	3,487,922	1,856,216	1,400,258	6,744,396	8,657,027
Kaolack	Nioro	1,986,357	6,726,045	3,977,973	1,573,310	1,619,757	7,171,040	1,541,362
Kolda	Kolda	807,643	110,532,280	4,373,248	2,746,110	1,673,527	8,792,885	2,198,038
Kolda	Sedhiou	2,321,580	9,617,582	5,002,355	2,528,080	1,735,000	9,265,435	352,147
Kolda	Velingara							
Louga	Kebemer							
Louga	Linguere							
Louga	Louga							
St.Louis	Dagana	2,685,445	12,382,611	3,567,660	3,099,758	4,134,107	10,801,525	3,711,413
St.Louis	Matam	7,841,797	11,259,735	4,985,920	2,497,592	2,855,079	10,338,591	9,076,024
St.Louis	Podor	3,514,826	4,020,452	3,690,949	375,109	405,697	4,471,755	3,025,563
Tambacounda	Bakel	1,825,747	5,928,475	3,140,125	2,124,217	854,721	6,119,063	1,635,159
Tambacounda	Kedougou	572,506	1,951,414	1,098,055	389,647	245,015	1,732,717	791,503
Tambacounda	Tambacounda	938,131	5,973,650	3,357,558	990,642	768,281	5,116,481	1,402,502
Thies	Mbour							
Thies	Thies							
Thies	Tivouane							
Ziguinchor	Bignone		11,906,250	4,016,402	4,023,925	3,072,370	11,112,697	
Ziguinchor	Oussouye		2,553,660	936,641	620,820	345,990	1,903,451	
Ziguinchor	Ziguinchor		9,556,350	6,693,863	3,748,861	4,958,554	15,401,278	

ANNEXE G:

Bibliographie

~~0-1~~

∴ 61'

BIBLIOGRAPHIE

F.1. Liste des Documents Consultés Mis à Disposition par l'USAID:

- BARLOW, R., BRENZEL, L., et KENNEDY, G., 1988.
Proposition d'étude sur le financement des soins de santé primaire au Sénégal. Resources for Child Health (REACH).
- BLAKNEY, R., LITVACK, J., et QUICK, J., 1989.
Financing Primary Health Care: Experiences in Pharmaceutical Cost Recovery. Technologies for Primary Health Care Project (PRITECH), Washington, DC. USAID HSS 035-IR, p. 157.
- DALY, Patricia M. et FAYE, Alda Lo.
Community Financing of Primary Health Care in Senegal.
- DIONGUE, Birahime.
Evaluation ex-post des coûts récurrent du projet santé rurale - Phase I. Ministère de la Santé Publique, République du Sénégal.
- DAMOUR, C., CHARRON, CH., ECLERCO, B.I. et WOTIN, J.
Etude de Gestion et d'Organisation de la Pharmacie Régionale D'Approvisionnement. Projet Santé Rurale, Ministère de la Santé Publique, République du Sénégal. 1990, p. 100
- GRAY, Clive, 1983.
Community Financing of Primary Health Care in Rural Areas of Senegal Sine Saloum.
- HERRINGTON, James E., 1983.
Recommendations for the Senegal Rural Health II Project Pharmaceutical and Medical Material Distribution System.
- MASHAYEKHI, A. 1981.
A Study of Financing of the Health Sector in Senegal.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, 1988.
Etude sur le secteur santé/reunions des bailleurs de Fonds. République du Sénégal.
- RESOURCES FOR CHILD HEALTH PROJECT (REACH), 1988.
Rapport sur les études de recouvrement des coûts au Sénégal.
- TOURE, B., DIAGNE, B., DIATTA, S., MARA, A., SAMB, M., DIAME, M., BADIANE, M., CUSHMAN, R., KEYSER, J., LIONI, J., et RUDISHULE, D., 1986.
Senegal Rural Health Project - Phase II: Mid-term Evaluation. USAID/Dakar et Management Sciences for Health, Boston, p. 82.
- UNGER, J-P., 1989.
Renforcement des régions médicales (RM) de des circonscriptions médicales (CM). Ministère de la Santé Publique et la Banque Mondiale, Sénégal, p. 105.

F.2. Liste des Documents Consultés Mis à Disposition par l'OMS:

ASSOCIATION FRANCAISE DES VOLONTAIRES DU PROGRES.
"Soins de santé primaire au Sénégal Oriental." Revue de l'AFVP.
France.

CISSE, M., 1988.

Compte rendu de mission sur l'organisation et le fonctionnement des associations de participation à l'effort de santé publique. Ministère de la Santé Publique, République du Sénégal, p. 38.

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE, 1988.

Idées directrices pour la mise en oeuvre de l'initiative de Bamako.
OMS, Trente-huitième Session à Brazzaville, AFR/RC38/18 Rév. 1.

COOPERATION BELGE, 1987 et 1990.

Rapport d'activité du projet de coopération sanitaire entre le Sénégal et la communauté flamande de Belgique.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE.

Les centres de santé de la région de Tambacounda: Etude descriptive et analytique. Programme de Développement Sanitaire.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE.

Le système de santé régional de Fatick et son mode de fonctionnement.
République du Sénégal.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, 1989.

"Les villages santé de la région de Tambacounda, étude descriptive et analytique." Plan Regional de Développement Sanitaire, République du Sénégal, Thèse No. 58.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU SENEGAL, TECHNIQUE COOPERATIVE BELGE, ASSOCIATION POUR LE PROMOTION DE LA SANTE A PIKINE, 1985.

Soins de santé primaire en milieu urbain. Fascicule V.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU SENEGAL, TECHNIQUE COOPERATIVE BELGE, ASSOCIATION POUR LE PROMOTION DE LA SANTE A PIKINE.

Soins de santé primaire en milieu urbain. Fascicule VI (Années 1986-1987), p. 73.

LE PROJET DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DE LA REGION DE TAMBACOUNDA, 1986.

Etude analytique et recommandations. Ministère de la Santé Publique, République du Sénégal.

REVEILLON, Marc, 1987.

Aspects économique et financiers de la participation des populations au développement des services de santé de base à Pikine. Medicus Mundi, Belgique, p. 102.

F.3. Liste d'Etudes Mis à Disposition par l'OMS:

Analyse du projet franco-sénégalais de développement sanitaire au Sénégal Oriental. Mémoire ingénieur Travaux Publics, 1985.

Etude en vue de l'adaptation de formation des médecins, des infirmiers et des sages-femmes à la politique des soins de santé primaires.

Rapport de situation des soins de santé primaire du Sénégal en vue de l'organisation des activités d'appui opérationnel au niveau périphérique, 1986.

Rapport: Population, sages-femmes, IDE, médecins.

Rapport sur la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la Santé pour tous en l'an 2000.

F.4. Autres Documents Consultés:

CARRIN, G. et VEREECKE, N., 1989.

Mission d'évaluation économique à Pikine, Sénégal. Efficacité du système de recouvrement des coûts de la référence obstetricale. Administration Générale de la Coopération au Développement (AGCD), Projet de Développement des Services de Santé de Base, Pikine, Sénégal. Medicus Mundi Belgique (MMS), p. 22.

KNIPPENBERG, R., LEVY-BRUHL, D., OSSENI, R., DRAME, K., SOUCAT, A., et DEBEUGNY, C., 1990.

"Initiative de Bamako: Des expériences." L'Enfant en Milieu Tropical, 184/185. Revue du Centre International de l'Enfance, Paris, France.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, 1989.

Declaration de la politique nationale de santé. République du Sénégal, p. 50.

STRAGIOTTI-LAGARDE, A., 1989.

L'accès au médicament en zone rurale africaine - étude de cas: Niakhar (Sénégal). Diplôme d'études approfondies santé publique et pays en voie de développement. Université Pierre et Marie Curie, Institut Santé et Développement, ORSTOM, Paris, France.

TOPUZ, B., et al., 1990.

Le médicament en Maghreb et en Afrique Noire Francophone. Presses Universitaires de Grenoble, France.