PN-ABC0-424
95560

HFS

Health

Financing

and

Sustainability

Project

ATELIER DE REDSO SUR LE FINANCEMENT ET LA PÉRENNISATION DES SOINS DE SANTÉ EN AFRIQUE DE L'OUEST ET EN AFRIQUE CENTRALE

Saly Portudal, Sénégal
14-18 février 1994

Soumis à :

Bureau régional des services de développement économique de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale
et
Division des grandes orientations et de la réforme sectorielle
Bureau de la santé et de la nutrition
Centre pour la population, la santé et la nutrition
Bureau des programmes mondiaux, appui sur le terrain et recherches
Agence pour le développement international

Par :

Suzanne McLees
Management Sciences for Health

PROJET DE FINANCEMENT ET DE PÉRENNISATION DE LA SANTÉ (HFS)

ABT ASSOCIATES INC., Maître d'oeuvre
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA
Tel : (301) 913-0500 Fax : (301) 652-3916

Management Sciences for Health, Sous-traitant
The Urban Institute, Sous-traitant

Contrat AID No. DPE-5974-Z-00-9026-00

ABRÉGÉ

Le Bureau régional des services de développement économique de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale (REDSO/WCA) de l'Agence des États-Unis pour le développement international avec l'appui technique du Projet de financement et de pérennisation de la santé (HFS) a parrainé une conférence régionale sur les thèmes du financement et de la pérennisation des soins de santé à Saly Portudal (Sénégal) du 14 au 18 février 1994. Les communications, les études de cas et les débats ont couvert toute une gamme de grandes questions : recouvrement des coûts, tests des moyens financiers des ménages, paiement des services, autonomie des hôpitaux, rôle du secteur sanitaire privé à but lucratif, impact de la dévaluation récente du franc CFA sur le secteur de la santé, nouveaux thèmes de recherche appliquée, et assistance hors-projet. Ce rapport est un résumé du procès-verbal qui reprend les conclusions, recommandations et propositions des participants.

TABLE DES MATIÈRES

Sigles iv
Remerciements v

RÉSUMÉ ANALYTIQUE vi

1.0 INTRODUCTION 8
1.1 APERÇU DE LA SITUATION ET BUT DE L'ATELIER 8
1.2 OBJECTIFS DE L'ATELIER 9

2.0 RÉSUMÉ DES SÉANCES : INTRODUCTION DES THÈMES ET QUESTIONS : PREMIÈRE JOURNÉE 10
2.1 ALLOCUTION D'OUVERTURE DU MINISTRE SÉNÉGALAIS DE LA SANTÉ 10
2.2 DISCOURS DU DIRECTEUR DE L'USAID/DAKAR 13
2.3 SURVOL DES POLITIQUES ET QUESTIONS DE FINANCEMENT ET DE PÉRENNITÉ DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION 13
2.3.1 Historique et stratégie 13
2.3.2 Situation actuelle et problèmes nécessitant des solutions 14
2.3.3 Enseignements tirés de la mise en oeuvre des projets 15
2.4 STRATÉGIES DE PÉRENNITÉ 17
2.4.1 Comment définir et établir des objectifs de pérennité 17
2.4.2 Perspectives des bailleurs de fonds en matière de pérennité 18

3.0 RÉSUMÉ DES SÉANCES : PRINCIPALES QUESTIONS CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LA PÉRENNITÉ DE LA SANTÉ : DEUXIÈME JOURNÉE . . . 21
3.1 PROJET D'ANALYSE DES RESSOURCES HUMAINES ET SANITAIRES EN AFRIQUE (HHRAA) 21
3.2 COLLABORATION DES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ EN MATIÈRE DE PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ 22
3.3 EFFICACITÉ DANS LE SECTEUR PUBLIC : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE AU SÉNÉGAL 23
3.4 RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX 25
3.5 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET RÉFORME DES HÔPITAUX : ENSEIGNEMENTS DU CAMEROUN 26

4.0 RÉSUMÉ DES SÉANCES : PRINCIPALES QUESTIONS CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LA PÉRENNITÉ DE LA SANTÉ : TROISIÈME JOURNÉE 27
4.1 RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LES SOINS DE SANTÉ 27
4.2 IMPACT DU RECOUVREMENT DES COÛTS : RÉSULTATS DU NIGER . . 28
4.3 FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DES SOINS DE SANTÉ AU BÉNIN 29
4.4 IMPACT DE L'INITIATIVE DE BAMAKO DANS LA RÉGION 30
4.5 EXPÉRIENCE DE L'INITIATIVE DE BAMAKO EN GUINÉE 32
4.6 IMPACT DES PAIEMENTS AU MALI 33
4.7 ENSEIGNEMENTS DU PROJET PILOTE DE BOULGOU AU BURKINA FASO 34

5.0 RÉSUMÉ DES SÉANCES : PRINCIPALES QUESTIONS CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LA PÉRENNISATION DE LA SANTÉ : QUATRIÈME JOURNÉE 36
5.1 TESTS DES MOYENS FINANCIERS DES MÉNAGES POUR LE RECOUVREMENT DES COÛTS DES SERVICES DE SANTÉ 36
5.2 POLITIQUES DES BAILLEURS DE FONDS POUR L'ASSISTANCE HORS-PROJET 38
5.3 CAS ETUDIÉS PAR LES GROUPES DE TRAVAIL SUR LES PROJETS DE SUIVRE L'ENFANT, PLANIFICATION FAMILIALE, ET SIDA/VIH AU SÉNÉGAL, AU NIGER ET EN GUINÉE-CONAKRY 39

6.0 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS : CINQUIEME JOURNÉE 42
6.1 IMPACT DE LA DÉVALUATION DU FRANC CFA SUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ 42
6.2 PRIORITÉS DANS LA RECHERCHE APPLIQUÉE : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES PARTICIPANTS 44
6.3 SYNTHÈSE DES TRAVAUX 46
6.3.1 SUIVI 49
6.3.2 ALLOCUTION DE CLÔTURE PRÉSENTÉE PAR UN REPRÉSENTANT DU MINISTÈRE SÉNÉGALAIS DE LA SANTÉ . . 50

APPENDICES

APPENDICE A : Résumé des évaluations et suggestions des participants pour des ateliers à venir 52
APPENDICE B : Programme de l'atelier 57
APPENDICE C : Liste des participants 63

RÉFÉRENCES 69

SIGLES

AGBEF	Association guinéenne du bien-être familial
AHP	Assistance hors-projet
ASC/ASV	Agent de santé communautaire/Agent de santé villageois
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CCCD	Lutte contre les maladies infantiles contagieuses
CREDESA/SSP	Centre régional pour le développement et la santé/Soins de santé primaires
DDM	Projet de données pour la prise de décisions
DIP	Document d'identification du projet
FCFA	Franc de la communauté financière africaine (unité monétaire liée au franc français et utilisée dans toutes les anciennes colonies françaises d'Afrique) (1 dollar égalait environ 285 francs CFA jusqu'à la dévaluation de février 1994, date depuis laquelle 1 dollar = 570 francs CFA)
HFS	Projet de financement et de pérennisation de la santé
HMO	Organisation de soins de santé intégrés
HHRAA	Projet d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique
IB	Initiative de Bamako
IEC	Programmes d'information, d'éducation et de communication
IPRES	Institut de prévoyance sociale
IRA	Infections respiratoires aigües
MST	Maladie sexuellement transmissible
PEV	Programme élargi de vaccination
OMS	Organisation mondiale de la santé
RP	Rapport sur le projet
REDSO/WCA	Bureau régional des services de développement économique de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale
SÉNÉCI	Sénégalaise d'études, de conseils et d'interventions
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
SSP	Soins de santé primaires
TRO	Thérapie de réhydratation par voie orale
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
URC	University Research Corporation
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

REMERCIEMENTS

Les organisateurs de l'atelier de financement et pérennisation de la santé, parrainé par le Bureau régional des services de développement économique de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale (REDSO/WCA) tiennent à exprimer leurs remerciements à tous les participants de l'atelier pour l'enthousiasme, l'expérience, la perspicacité et le dévouement dont ils ont fait preuve pendant les débats et discussions. Ils souhaitent en particulier remercier les participants qui ont présenté officiellement l'expérience de leur propre pays dans le domaine du financement de la santé. Ces communications ont permis d'assurer la pertinence des débats et de faciliter la comparaison des expériences des pays. Les pays suivants étaient représentés à l'atelier :

Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République Centrafricaine, Tchad, Guinée-Conakry, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Sénégal et Togo.

Nous tenons également à remercier le Ministère sénégalais de la santé et la mission de l'USAID à Dakar qui ont accueilli l'atelier; le Bureau Afrique de l'USAID; les missions de l'USAID dans les pays dans la région Afrique de l'Ouest et Afrique centrale; et les représentants des bailleurs de fonds de l'UNICEF, de la Banque mondiale et de la France. Nous remercions également la Sénégalaise d'études, de conseils et d'interventions (SÉNÉCI), de sa contribution notable en matière de coordination de tous les détails logistiques et administratifs au cours des mois précédant l'entretien et pendant son déroulement. Sans son soutien précieux, l'atelier n'aurait jamais pu avoir lieu.

L'atelier a été organisé et mené en collaboration avec le personnel de REDSO/WCA - Katherine Jones-Patron et Bineta Ba; du personnel et des consultants de SÉNÉCI - Mary Friedel, Moustapha Kane, Fabala Ndiaye Ba, Hélène Sourang Diakhaté, Théodule Koffi, Omar Seck; du personnel et des consultants du projet HFS - Marty Makinen, Ricardo Bitran, Nena Terrell, Denise Lionetti, James Setzer, Eckard Kleinau et Barbara Stevens.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Le Bureau régional des services de développement économique de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale de l'Agence des États-Unis pour le développement international, avec l'appui technique du Projet de financement et de pérennisation de la santé (HFS), a parrainé une conférence régionale sur les thèmes du financement et de la pérennisation des soins de santé à Saly Portudal (Sénégal), ville située au sud de Dakar, du 14 au 18 février 1994. Le Directeur de la mission de l'USAID à Dakar, M. Julius Coles et M. Assane Diop, le Ministre sénégalais de la santé et de l'action sociale, ont prononcé les allocutions d'ouverture. Ils ont tous les deux exprimé leur vif souhait d'instituer des réformes des politiques sanitaires de vaste portée au Sénégal basées sur les études en cours de l'efficatié du secteur public et du secteur privé menées par HFS pour la mission.

Plus de cinquante participants représentant le Ministère de la santé, les missions de l'USAID et les projets financés par l'USAID dans onze pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale étaient présents, ainsi que des représentants de bailleurs de fonds comme l'UNICEF, la Banque mondiale et la France. Les représentants du Bureau d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA), du projet BASICS (Appui à l'institutionalisation de la survie de l'enfant), appuyés par le service de recherche et de développement sanitaire (R&D/Health), ont présenté les travaux de ces initiatives. Les représentants de HHRAA et de BASICS ont également discuté avec les participants au cours de plusieurs sessions sur des idées de collaboration dans leurs domaines respectifs tels que la recherche appliquée et sa diffusion et la prestation de services pour la survie de l'enfant.

Les présentations, les études de cas et les discussions couvraient des questions telles que le recouvrement des coûts, la façon de tester les moyens financiers des ménages, le paiement des prestations, l'autonomie des hôpitaux, le rôle du secteur sanitaire privé à but lucratif, l'impact de la dévaluation récente du franc CFA sur le secteur sanitaire, de nouveaux thèmes de recherche appliquée et l'assistance hors-projet. Le rôle actuel et potentiel des services du secteur privé dans les stratégies de réformes de la santé est apparu comme un thème important à explorer et à développer au cours de prochains ateliers.

Les participants et les animateurs de l'atelier sont arrivés aux conclusions et recommandations suivantes :

- Les utilisateurs ont démontré qu'ils étaient prêts à partager avec le gouvernement, selon leurs possibilités, le fardeau financier des soins de santé.

- Tous les gouvernements doivent appliquer une politique de stockage et de fourniture de médicaments essentiels figurant sur la liste formulée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En outre, la disponibilité des médicaments est un facteur clé de la réussite des services et de la pérennité financière.

- Garder les paiements au niveau local encourage une utilisation efficace des ressources et stimule les agents de santé à améliorer leur performance.

- Un programme de recouvrement des coûts qui fonctionne bien dépend également de la mise en place d'activités de formation et de systèmes de gestion.

- Le fardeau des coûts des soins de santé doit être partagé par les gouvernements, les populations et les bailleurs de fonds pour que le système finisse par devenir autonome.

- Il est important de protéger les pauvres des régions urbaines et rurales lorsque le recouvrement des coûts a pour but d'assurer leur accès aux soins.

- Le secteur privé doit jouer un rôle croissant dans la fourniture et le financement des services de santé pour compléter les ressources publiques limitées.

- Les efforts visant à accroître les services et à réduire leurs coûts ne doivent pas entraîner de réduction de la qualité ou de la disponibilité des services.

- Il est indispensable de réaffecter les ressources budgétaires attribuées au secteur de la santé et celles dont dispose ce secteur et d'accorder aux hôpitaux leur autonomie aux points de vue administratif et budgétaire.

Les priorites de la recherche appliquée ont été classées selon les votes des participants. L'équipe du HHRAA a établi une liste de thèmes qui avaient été formulés et rangés en ordre d'importance par un groupe consultatif à Washington. Les cinq questions préoccupant le plus les participants se trouvent ci-dessous :

- Mécanismes permettant de tester les moyens financiers pour identifier et protéger les pauvres;

- Autonomie des hôpitaux;

- Facteurs influençant la préférence ou l'utilisation de diverses sources de soins de santé;

- Services fournis par les guérisseurs traditionnels et leurs coûts (facteurs de choix); et

- Régimes d'assurance.

L'autonomie des hôpitaux est le seul thème que l'on retrouve sur la liste des priorités de recherche appliquée établie à Washington.

Le discours de clôture a été prononcé par M. Alioune Mbaye du Ministère sénégalais de la santé qui a fait l'éloge du rôle de chef de file de l'USAID en ce qui concerne la promotion et l'appui de la réforme des politiques de santé dans son pays et a reconnu le rôle de cette Agence comme le plus important des bailleurs de fonds dans ce secteur.

1.0 INTRODUCTION

L'objectif de ce rapport est de décrire les faits saillants de l'atelier sur le financement et la pérennité de la santé qui s'est tenu du 14 au 18 février 1994 à Saly Portudal (Sénégal) sous les auspices du Ministère sénégalais de la santé et de l'action sociale, et qui était parrainé par le Bureau régional des services de développement économique de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale de l'Agence des États-Unis pour le développement international. Le Projet de financement et de pérennisation de la santé (HFS) de l'USAID a fourni un appui technique à la conception et à l'organisation du programme de l'atelier, et engagé les services de la Sénégalaise d'études, de conseils et d'interventions (SÉNÉCI), dont le siège est à Dakar, pour fournir l'appui logistique et administratif.

L'objectif de ce rapport est de servir de compte-rendu des débats, et de noter particulièrement les constatations, recommandations et propositions des participants. Il fournit donc à la fois un compte rendu que les participants peuvent utiliser pour le suivi et un résumé des méthodes et conclusions de l'atelier.

Ont participé à cet atelier des hauts responsables, y compris des médecins et des économistes de onze Ministères de la santé des pays francophones d'Afrique, des responsables de projets financés par l'USAID, des représentants de la Banque mondiale, de l'UNICEF et de l'Assistance française au développement, du Bureau Afrique de l'USAID/HHRAA, REDSO/WCA, et des Missions dans les pays. (La liste des participants figure à l'appendice).

1.1 APERÇU DE LA SITUATION ET BUT DE L'ATELIER

Les questions de financement de la santé et de pérennité qui y sont liées prennent de plus en plus d'importance dans les Ministères de la santé des pays en développement qui sont confrontés à un déclin de l'appui des bailleurs de fonds, à des budgets des Ministères de la santé en diminution et à des contextes économiques imprévisibles et erratiques. Pour faire face à ces défis, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) a fourni une assistance aux pays d'Afrique pour évaluer ces problèmes afin d'identifier les stratégies de remplacement du financement et de la prestation de services de santé pratiques et appropriés. En fait, les missions de l'USAID doivent maintenant inclure une section sur la pérennité dans les documents d'identification des projets et les rapports sur les projets. En outre, dans le cadre de programmes dont les fonds ne sont pas affectés directement à des projets mais utilisés pour financer les coûts récurrents de santé il est souvent exigé que les pays adoptent des politiques en faveur du recouvrement des coûts comme conditions préalables au décaissement des fonds. Étant donné l'importance qu'ont prise les questions de pérennité des programmes de santé et le besoin de s'attaquer plus adroitement à ces questions lors de la conception et de la mise en oeuvre des programmes et projets de santé, REDSO/WCA a envoyé en 1993 un télégramme à toutes les Missions en proposant qu'elles assistent à un atelier sur le financement et la pérennité des soins de santé. Ce télégramme a reçu des réponses presque toujours positives. Plus tard, pendant une conférence-atelier sur la Lutte contre les maladies infantiles contagieuses s'intéressant au financement et à la pérennité des soins de santé, qui s'est tenue à Dakar en mars 1993, les réponses à un questionnaire distribué aux participants de cet atelier ont indiqué une fois de plus leur appui à cet atelier proposé.

C'est pourquoi, au début de 1993, Mme Bineta Ba, Économiste de la santé à REDSO/WCA, s'est adressée à HFS pour demander son assistance afin d'organiser un atelier qui servirait d'assises aux représentants des Missions d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, et aux responsables des gouvernements hôtes pour discuter de leurs préoccupations concernant le financement et la pérennité des soins de santé. Il a été décidé que les résultats de la recherche appliquée menée par HFS sur le recouvrement des coûts, la qualité des soins, l'efficacité au sein des secteurs public et privé, notamment dans la région de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale seraient présentées à cet atelier. Par ailleurs, l'atelier devait se servir d'études antérieures sur les questions de pérennité des programmes de santé régionaux, appuyés par REDSO/WCA, et notamment d'une étude commandée par REDSO/WCA et réalisée par University Research Corportation (URC) en 1990 et intitulée «Recouvrement des coûts pour les programmes de survie de l'enfant : Recommandations sur la façon d'établir des projets de santé durables en Afrique de l'Ouest». Bien que les consultations de cette étude aient été discutées de façon informelle avec les Missions en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale et avec les gouvernements hôtes, aucune assise n'avait jamais été organisée pour diffuser officiellement les résultats ou élaborer des activités de suivi.

1.2 OBJECTIFS DE L'ATELIER

On trou era ci-dessous la liste des objectifs établis pour l'atelier :

- faire état des mises à jour techniques et des enseignements retenus des initiatives de financement de la santé en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au cours des dix dernières années;
- améliorer les capacités d'évaluer les stratégies de financement de la santé et les moyens de mettre en place une assistance pour pérenniser les services de santé;
- évaluer les stratégies de financement et les activités de mise en oeuvre;
- échanger les expériences des pays; et
- identifier des priorités de recherche en matière de financement des soins de santé.

2.0 RÉSUMÉ DES SÉANCES : INTRODUCTION DES THÈMES ET QUESTIONS : PREMIÈRE JOURNÉE

Lundi 14 février 1994

- Allocution d'ouverture prononcée par M. Julius Coles, Directeur USAID/Dakar
- Discours de M. Assane Diop, Ministre de la santé du Sénégal

Pérennité

- Présentations, aperçu d'ensemble de l'atelier, attentes des participants
- Politiques et stratégies de financement de la santé en Afrique subsaharienne, 1960-1993
- Afrique de l'Ouest et Afrique centrale : situation actuelle et plan de financement des soins de santé
- Discussion générale et synthèse
- Mise au point de projets viables de santé en Afrique de l'Ouest/Recommandations

Stratégies de pérennité

- Définition, portée et objectifs de la pérennité
- Perspectives actuelles sur les stratégies de pérennité : table ronde avec les représentants de la Banque mondiale, de l'USAID/Washington, de l'USAID/Tchad et de l'USAID/REDSO
- Discussion générale

2.1 ALLOCUTION D'OUVERTURE DU MINISTRE SÉNÉGALAIS DE LA SANTÉ

Monsieur le Directeur de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), Monsieur le Représentant du Regional Development Support Office (REDSO), Monsieur le Représentant de Health Financing Sustainability (HFS)/Abt-Associates, Mesdames, Messieurs les Bailleurs de fonds et Représentants des organisations et agences de coopération bilatérale et multilatérale, Honorables lInvités, Mesdames, Messieurs les participants,

Le Séminaire-Atelier, qui nous réunit ce matin, revêt pour nos États, une importance toute cardinale. En effet, nos différents pays subissent depuis deux décennies une récession économique et financière qui s'est traduite par une réduction des ressources affectées au secteur de la santé. À cela s'ajoutent depuis janvier 1994, les changements de parité du franc CFA dont on s'emploie à atténuer les effets néfastes.

Pour ce qui est de mon pays, le Sénégal, la part du budget du Ministère de la santé et de l'action sociale est passée de 7,8 pour cent en 1973-74 à 5 pour cent en 1988-89 et 6 pour cent actuellement par rapport au budget général de l'État, soit une légère reprise à la hausse conformément à la décision du Chef de l'État d'augmenter annuellement le budget affecté à la santé, en vue d'atteindre l'objectif des 9 pour cent fixé par l'Organisation mondiale de la santé.

En dépit de ces importantes contributions encore insuffisantes face aux défis de la santé, nos États gagneraient à envisager d'autres alternatives de financement. C'est la raison pour laquelle au Sénégal, l'État a sollicité l'appui des bailleurs de fonds, organisations internationales et agences de coopération bilatérale et multilatérale, fait participer les usagers, les collectivités locales et a encouragé l'initiative privée pour une meilleure couverture sanitaire des populations.

Ainsi, les montants du volume de financement mobilisé par l'aide internationale ont été estimés sur une base annuelle équivalente à 8,1 milliards de francs CFA 1989-90 auxquels il faut ajouter l'aide destinée aux organisations non gouvernementales dont les contributions durant la même période ont été évaluées à 100 millions de francs CFA.

Les contributions des ménages (organisation de participation à l'effort de santé, cotisations IPRES, institutions de prévoyance-maladie, assurance-maladie, associations volontaires, mutuelles etc...) ont été estimées en 1989-90 à un montant total de 17,9 milliards directement alloués aux dépenses de santé dont 63 pour cent sont injectés dans le secteur privé. Relativement aux collectivités locales,la contribution financière aux dépenses de santé s'élève en 1989-90 à 843 millions de francs CFA dont 47 pour cent pour la seule région de Dakar.

Comme vous pouvez le constater, les fonds mobilisés pour financer le secteur de la santé au Sénégal sont extrêmement importants.

Nonobstant ces efforts, ce secteur connaît encore beaucoup de difficultés liées à des contraintes juridiques, administratives et budgétaires qui l'empêchent d'asseoir une meilleure stratégie de financement.

C'est conscient de ces problèmes de fonds que le Gouvernement du Sénégal a fait du financement de la santé une priorité et adopté une politique nationale de santé dont la mise en oeuvre a donné lieu à de nombreuses réalisations en direction notamment des groupes vulnérables que sont la mère et l'enfant.

Si certains acquis existent et demeurent, il n'en reste pas moins vrai que des lacunes persistent. C'est ainsi que l'État sénégalais, tenant compte de ces difficultés, a pensé nécessaire de mener des recherches approfondies pour mieux appréhender la problématique du financement de la santé.

Mesdames, Messieurs,

La dernière décennie de ce siècle finissant et le siècle prochain verront les systèmes de santé se transformer radicalement ; la croissance économique et celle de la population seront des déterminants incontournables quant à la demande de soins. Je vous invite donc à focaliser votre réflexion suivant les axes que voici :

- mise à jour des connaissances;
- échange d'expériences entre pays;
- renforcement de l'expertise en matière de conception et de réalisation de programmes et de projets de santé durables;
- approfondissement des questions de recherche sur les politiques de financement de la santé.

Je sais pouvoir compter sur cet atelier sous-régional qui regroupe d'éminentes personnalités d'Afrique centrale et de l'Ouest pour mener à bien cette réflexion, on ne peut plus indispensable. La finalité étant de proposer au terme de vos travaux les voies et moyens de mettre en place une meilleure stratégie de financement. Comme vous le savez, le financement de la santé, donnée incontournable, constitue le socle indispensable à la pérennité des programmes de santé. Vous garderez à l'esprit que, pour être applicable, toute proposition ou recommandation doit nécessairement rencontrer l'adhésion des populations et des usagers concernés.

Mesdames, Messieurs,

Je voudrais conclure en adressant au nom du Chef de l'État, du Premier Ministre et de l'ensemble du Gouvernement, nos remerciements à l'Agence américaine pour le développement international (USAID) pour son assistance technique et financière et l'intérêt qu'elle ne cesse de porter à la performance de notre système de santé.

Mes remerciements s'adressent également à HFS/ABT Associates et REDSO/Abidjan, à tous les bailleurs de fonds, aux institutions internationales et agences de coopération bilatérale et multilatérale qui apportent quotidiennement leurs soutiens à nos différents États.

En souhaitant plein succès à vos travaux, je déclare ouvert le séminaire-atelier sur le financement et la pérennisation de la santé dans la sous-région.

Je vous remercie de votre aimable attention.

Assane Diop
Ministre de la santé
République du Sénégal

2.2 DISCOURS DU DIRECTEUR DE L'USAID/DAKAR

Monsieur le ministre, Madame la représentante de REDSO, Mesdames, Messieurs les representants des organisations gouvernementales et internationales, Mesdames, Messieurs, Chers participants.

Au nom de l'USAID, je voudrais vous souhaiter la bienvenue à cet important séminaire. L'USAID accorde une grande importance à l'amélioration de la santé des populations, et finance de nombreux projets de santé à travers le monde notamment en Afrique. Votre séminaire qui regroupe des participants de pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, fournit un cadre de large concertation, d'échange d'idées et d'expériences entre des spécialistes de divers horizons partageant la même préoccupation : celle de trouver les voies et moyens les plus appropriés pour assurer la pérennité des projets de santé financés par les gouvernements et les bailleurs de fonds, au bénéfice des populations.

En effet, pour assurer la pérennité des projets de santé, il est nécessaire de trouver des formules et mécanismes qui permettent de fournir des services de santé efficaces et de bonne qualité à des coûts raisonnables, accessibles à des populations généralement à faible revenu. Pour ce faire, il est important d'impliquer ces mêmes populations par leur participation non seulement financière mais aussi à tous les niveaux du processus de décision et d'exécution des programmes de santé.

Il est clair, Monsieur le Ministre, Mesdames, Messieurs, Chers participants que le problème de la pérennité des projets de santé ne peut se régler en dehors des populations concernées. Il vous appartient donc, chers séminaristes de réfléchir ensemble sur tous les aspects et implications de cette participation en vue de proposer des solutions aux gouvernements et bailleurs de fonds. L'USAID, en ce qui le concerne, attend beaucoup de ce séminaire pour aider à la pérennité des projets de santé qu'elle finance dans vos divers pays.

Je souhaite plein succès à vos travaux, et vous remercie de votre aimable attention.

Julius Coles
Directeur/USAID/Dakar

2.3 SURVOL DES POLITIQUES ET QUESTIONS DE FINANCEMENT ET DE PÉRENNITÉ DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION

2.3.1 Historique et stratégie

Pour dépeindre l'évolution du financement et de la pérennité de la santé en Afrique au cours des trente dernières années, Marty Makinen, Directeur technique du projet HFS, a présenté un survol de l'évolution dans le temps du secteur de la santé. Son exposé a été suivi par un débat sur les solutions proposées pour résoudre les problèmes auxquels est confronté le secteur sanitaire en Afrique.

Les années 60 et 70 ont été marquées par l'expansion de l'infrastructure. Malgré la lenteur de la croissance économique, le nombre d'agents et de centres de santé s'est accru rapidement. Pendant cette période, c'est l'État qui a mis les services à la disposition des populations et financé le secteur de

la santé. Au début des années 80, le développement de l'infrastructure s'est ralenti et les ressources de l'État ont diminué. En outre, les ressources affectées au personnel ont commencé à prendre le pas sur celles consacrées aux fournitures. Les Ministères de la santé ont maintenu leurs anciennes politiques qui garantissaient, par exemple, un emploi aux diplômés des facultés de médecine et des écoles d'infirmiers, ce qui a causé une pléthore de personnel médical. À mesure que ces nouvelles tendances se développaient, l'efficacité du secteur de la santé s'est dégradée.

Les années 80 et le début des années 90 ont été marquées par de nombreux problèmes affectant le secteur de la santé africain qui croulait déjà sous le travail, et dont le plus grave a été le début de la pandémie de SIDA. C'est alors que les Ministres de la santé se sont rendu compte que des réformes de l'organisation et du financement du système de santé africain s'imposaient si l'on voulait résoudre ces problèmes. Des programmes de recouvrement des coûts, des essais d'autonomie des hôpitaux et le développement du secteur privé font partie de la liste des nouvelles méthodes qui ont été appliquées.

2.3.2 Situation actuelle et problèmes nécessitant des solutions

Mme Bineta Ba, économiste, USAID/REDSO/WCA, a commencé son exposé sur l'état actuel du financement de la santé et des initiatives de pérennité dans la région en soulignant les problèmes identifiés dans les évaluations de trois projets financés par l'USAID au Niger, au Burkina Faso et au Mali. Ces problèmes concernent les points suivants :

- Mauvaise qualité des soins;
- Manque de surveillance des activités;
- Approvisionnement irrégulier en médicaments; et
- Participation généralement faible des populations de ces pays aux programmes de santé.

Le Bureau régional de l'USAID/Abidjan a noté que ces problèmes reflétaient :

- Le besoin de formation du personnel de santé;
- L'absence d'une politique cohérente des médicaments, fait souvent lié aux contraintes du budget santé des pays; et
- Le manque d'objectifs clairement définis pour les projets.

Mme Ba a expliqué qu'il n'est fait aucune référence ni dans sa présentation ni dans le rapport qui la résume au secteur traditionnel qui fait bien sûr partie intégrante du secteur privé. Malheureusement, on ne dispose d'aucune donnée statistique permettant de mesurer l'impact du secteur traditionnel dans ces pays.

S'agissant de l'assurance maladie dans les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, on a constaté une certaine évolution depuis 1990. La première étude concernant ce sujet, établie en 1989, décrivait le projet pilote de la province de Boulgou au Burkina Faso *(voir section 4.7 de ce rapport)*. Cette étude soulignait le sous-développement extrême des programmes d'assurance-maladie dans nos pays, dans presque tous lesquels, cependant, on s'intéresse actuellement au financement communautaire, particulièrement au Sénégal où on a enregistré des progrès notables.

Parmi les thèmes de discussion suggérés, il convient de citer les suivants : il faut demander aux gouvernements d'accroître leurs affectations budgétaires au secteur de la santé. Selon Mme Ba, c'est à chaque pays d'examiner ses capacités à cet égard en tenant compte des recommandations de l'OMS qui suggère d'affecter neuf pour cent du budget à la santé. Les participants ont également manifesté leurs préoccupations en ce qui concerne l'emploi efficace des ressources. L'étude de l'efficacité dans le secteur de la santé au Sénégal, réalisée par Ricardo Bitran et ses collègues, faisait état de certains de ces problèmes, tels que la faible productivité du personnel de santé *(voir section 3.3 de ce rapport)*. Dans certains pays, les taux de recouvrement des coûts n'atteignent que cinq à douze pour cent. Faut-il augmenter les prix? Faut-il donner plus d'expansion à ces expériences? Et le problème de l'équité?

En ce qui concerne l'Initiative de Bamako (IB), Mme Ba a indiqué que ces problèmes n'existeraient pas si l'on respestait les huit principes de l'Initiative, à savoir :

1. Engagement national envers les soins de santé primaires universels en soulignant en priorité les problèmes de SMI.
2. Intégration des politiques de SSP universels dans les plans et budgets nationaux à long terme.
3. Engagement des gouvernements à appuyer de façon continue et même d'augmenter le financement des SMI/SSP, pour maintenir l'intégrité des budgets.
4. Décentralisation de la gestion centrale des SSP par le Ministère de la santé en faveur des circonscriptions et des communautés.
5. Engagement national d'assurer l'équité d'accès aux SMI/SSP pour les plus démunis, en prenant des mesures telles que : exemption de paiements, subventions, dispositions budgétaires supplémentaires et liaison avec des activités de production de revenus.
6. Dispositions prévoyant la participation communautaire à la gestion et au financement des SMI/SSP.
7. Engagement à laisser les collectivités locales administrer les ressources communautaires dont une certaine proportion est générée au niveau local restant dans la communauté.
8. Politique d'encouragement à utiliser les médicaments essentiels de façon rationnelle.

En ce qui concerne l'assurance-maladie, il faut encourager les expériences au niveau de la communauté et envisager des systèmes d'assurance nationaux en collaboration avec le secteur structuré. Il est important également de penser à la recherche opérationnelle qui doit accompagner toute stratégie à élaborer.

2.3.3 Enseignements tirés de la mise en oeuvre des projets

Eckhard Kleinau, consultant auprès de HFS et Directeur de l'évaluation des programmes et des systèmes d'information du Projet BASICS, a présenté un résumé des constatations d'une vaste étude intitulée «Recouvrement des coûts pour les programmes de survie de l'enfant : Recommandations pour la réalisation de projets de santé durables en Afrique de l'Ouest» qu'il a écrite en 1990 en collaboration avec Donald Shepard, Wayne Stinson et Ron Vogel. Cette étude présentait les évaluations de plusieurs projets de survie de l'enfant financés par des bailleurs de fonds en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, auxquelles ont procédé les quatre auteurs de décembre 1989 à août 1990. L'équipe d'évaluation a préparé des profils de financement de la santé de vingt pays en se basant sur l'analyse de plus de 80 documents de projets établis par des organisations bilatérales et internationales. (Les profils de plusieurs pays existent sous forme de bibliographie annotée informatisée, «AskFINE».) À partir des

expériences de ces pays en matière de viabilité des activités de survie de l'enfant, le Bureau régional de l'USAID/Abidjan a mis au point un document détaillé comportant des stratégies et des recommandations. Ces recommandations concernent six domaines où l'on a remarqué des lacunes dans les programmes de survie de l'enfant :

- Sélection des pays. La pérennité des programmes de survie de l'enfant doit être un critère important dans la sélection des pays devant bénéficier de l'assistance de l'USAID.

- Conception des projets. Les buts, objectifs et actions appuyant la pérennité doivent être clairement définis au moment de la conception du projet. Les objectifs de recouvrement des coûts doivent être adaptés au potentiel économique d'un pays et doivent être *réalistes*.

- Gestion des projets. En coordination avec d'autres organisations de bailleurs de fonds, l'USAID doit mettre au point des approches innovatrices pour intégrer la survie de l'enfant et les soins de santé primaires afin de mieux tirer parti des ressources qui se rarifient. Ils doivent également faire des efforts pour développer l'efficacité de la prestation des soins et mettre au point un système plus décentralisé grâce à des mécanismes efficaces de contrôle local et de systèmes d'information de gestion.

- Financement social. Il est important de renforcer la responsabilité sociale et l'engagement financier envers la survie de l'enfant, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé au moyen d'un dialogue intensif continu entre les représentants de l'USAID, les ministres des finances, du Plan et de la santé. Il faut se servir au maximum des données épidémiologiques et démographiques pour planifier les stratégies et politiques nationales.

- Paiements des actes. L'USAID doit encourager les programmes de survie de l'enfant aux fins de mettre en oeuvre les diverses possibilités de recouvrement des coûts telles que paiement à l'acte, assurance-maladie, subventions croisées et autres mécanismes. Il faudra mener des études plus poussées des services du secteur privé où l'on considère que les paiements et la qualité des services sont relativement élevés.

- Recherche opérationnelle. Dans sa quête de moyens de mobiliser des revenus et d'améliorer l'efficacité administrative, l'USAID doit appuyer la recherche opérationnelle qui aiderait les institutions à fournir des services de survie de l'enfant en :

  - déterminant les coûts des services individuels;
  - établissant des tarifs pour les paiements à l'acte;
  - mettant à l'essai des politiques de répartition des groupes par revenus et d'exonération;
  - examinant les possibilités de plan des partages de risques;
  - assurant la qualité des services; et
  - concevant et exécutant des projets pilotes.

2.4 STRATÉGIES DE PÉRENNITÉ

2.4.1 Comment définir et établir des objectifs de pérennité

James Setzer, consultant auprès de HFS et coordinateur de programmes, au Centre pour la santé internationale de la Faculté de santé publique de l'université Emory, a proposé une définition du concept de pérennité et comment elle est liée aux politiques de financement de la santé en général. Il est allé au-delà de la définition conventionnelle de la pérennité en tant que question uniquement de ressources financières suffisantes en attirant l'attention sur des questions connexes telles que la qualité, l'équité et la rentabilité. L'histoire, la situation et les solutions possibles et réelles diffèrent souvent d'un pays à l'autre.

Financement assuré : Dans son sens le plus étroit, on peut définir la pérennité comme le fait d'avoir suffisamment de ressources pour poursuivre une activité qui produit des bénéfices, telles que la prestation de services de santé.

Sources de financement : Les fonds peuvent venir de toutes sortes de sources y compris les recettes fiscales et les emprunts publics, les consommateurs, les employeurs, les entreprises privées, les ONG, les OPV et les bailleurs de fonds. Dans la mesure où ces fonds financent les soins, peut-on dire qu'on a atteint la pérennité? En fait, la pérennité implique souvent la survie de projets ou d'activités une fois que le financement des bailleurs de fonds cesse.

Systèmes de gestion : Certains projets échouent non pas en raison de l'insuffisance des fonds disponibles mais du fait que le système de gestion présente des lacunes et aurait besoin d'activités de formation, d'outils et de matériel adéquats.

Qualité : Si la qualité des services est médiocre, les bénéfices potentiels ne peuvent être réalisés. Comment une stratégie de viabilité peut-elle assurer que les soins sont de bonne qualité et le restent? De quels types de services peut-on parler en termes de perception de la qualité par les consommateurs (disponibilité des médicaments) comme de qualité technique (protocoles de traitement)?

Équité et accès : Dans quelle mesure la répartition des ressources et les types de services sont-ils répartis de façon équitable parmi la population, parmi les zones à revenu élevé et à revenu faible, les zones urbaines et les zones rurales. L'accès, aux plans physique et financier dans ces zones est-il satisfaisant?

Coût-efficacité : Il s'agit d'obtenir la production la plus importante à partir des fonds disponibles limités, ce qui est lié aux points précédents.

Viabilité des politiques et programmes : Les politiques ont-elles l'appui général des populations et des dirigeants ou risquent-elles d'être modifiées lors d'un changement de gouvernement?

2.4.2 Perspectives des bailleurs de fonds en matière de pérennité

Les représentants de la Banque mondiale, de l'USAID/Washington, de l'USAID/REDSO et de l'USAID/Tchad ont offert leurs points de vue sur la viabilité au cours d'une table ronde.

Mr. Alassane Diawara, Chargé des opérations au Bureau de la Banque mondiale à Dakar, a lancé la discussion en résumant les deux derniers rapports établis par la Banque mondiale sur le secteur de la santé pour illustrer certaines nouvelles orientations de la Banque en matière d'activités sanitaires. Il s'agit tout d'abord du rapport 1993 sur le *Développement dans le monde* (Banque mondiale 1993), le second est l'*Amélioration de la santé en Afrique* (Banque mondiale 1994).

Selon les auteurs des deux rapports, la meilleure façon de mettre en place des politiques sanitaires durables est d'affecter une plus grande partie de l'aide accordée aux pays africains à la croissance économique. L'expansion économique améliore les conditions de vie des populations et leurs revenus parce qu'elle permet à des proportions croissantes de la population de participer au financement des services de santé. La deuxième observation est qu'il faut améliorer l'éducation. Il est très important de mener des politiques d'éducation, visant particulièrement les filles dans les pays à faible revenu, étant donné l'importance qu'elles jouent en matière de santé familiale et de nutrition.

Les deux rapports citent également les initiatives qu'ont prises les gouvernements au cours des dix dernières années pour encourager, par exemple, la participation des ménages au financement des services de santé. Cette participation des ménages crée des ressources pour le secteur de la santé malgré la demande de services qu'elle stimule. Certains problèmes pourraient entraver la participation des ménages au financement de la santé et mettre en danger les efforts de pérennité, tels que l'accès inéquitable aux soins de santé selon les couches de la population et les dépenses ne correspondant pas aux besoins prioritaires. Le Rapport sur le développement dans le monde propose certaines mesures de correction comme l'accroissement du rôle important que doit jouer le gouvernement pour réduire le coût des soins de santé. Il est suggéré que l'État supervise l'affectation appropriée des ressources notamment en investissant davantage dans les soins *préventifs*.

Dans le domaine des réformes institutionnelles, quatre composantes sont particulièrement notables :

- Encourager des politiques de décentralisation qui jouent un rôle de plus en plus important dans la gestion des systèmes de santé ayant de nombreux bénéfices comme par exemple une couverture plus équitable de tous les secteurs de la population, une participation croissante des autorités locales au financement de la santé et des facteurs de motivation;

- L'autonomie de certaines structures telles que les hôpitaux afin de permettre une gestion plus judicieuse des ressources en sous-traitant, par exemple, certaines fonctions qui sont souvent intégrées aux opérations de l'hôpital (services d'alimentation et entretien);

- L'élaboration de stimulants par le gouvernement pour attirer le secteur privé - au sens le plus large - ce qui diversifierait la fourniture de services de santé et encouragerait la concurrence tout en permettant aux patients de choisir où se faire soigner.

- Des systèmes d'information pour faire connaître aux populations le coût des ordonnances et des soins, ce qui, en fin de compte, permettrait de mieux évaluer les compromis entre le coût et l'efficacité.

Les études de cas de plusieurs pays montrent que l'État s'adapte aux programmes suggérés par les bailleurs de fonds plutôt que l'inverse. Dans de rares cas, les gouvernements ont essayé de formuler une politique cohérente avec des programmes qui devaient être appuyés par des bailleurs de fonds.

Anita Mackie, responsable de la santé à l'USAID/Tchad, a noté un certain manque de spécificité de la part des présentateurs et des participants en ce qui concerne le concept de «viabilité». À quel niveau parle-t-on de viabilité? Si l'on parle de décentralisation, la pérennité est plus importante au niveau de la population et des associations villageoises. Il existe de nombreux aspects de la viabilité qui posent des problèmes aux familles dans les villages. Il existe un autre niveau qui doit faire partie de la pérennité : le gouvernement et le Ministère de la santé. Le Docteur Mackie a souligné qu'il était très important de discuter de ce manque de précision parce que de nombreux Ministères de la santé sont en train de mettre en place des autorités décentralisées.

Abraham Bekele, économiste de la santé du projet USAID/HHRAA, a expliqué que la Division des ressources humaines du Bureau Afrique est en train de définir une politique sanitaire pour l'Afrique et d'élaborer des plans de recherche et des activités d'analyse en matière de financement et de pérennité dans le secteur privé. L'USAID a choisi quatre vastes domaines de développement :

- Croissance économique;
- Santé et population;
- Environnement; et
- Démocratie.

L'USAID se préoccupe beaucoup en ce moment des relations entre l'environnement, la santé et la population, ainsi que de leurs liens avec la pérennité. Ainsi, si l'on s'attache à l'éducation des filles, c'est parce que pour assurer la pérennité de la santé, il faut que les femmes reçoivent une éducation dans ce domaine. En ce qui concerne la santé elle-même, HHRAA met en relief le développement du secteur privé. Il a été prouvé bien des fois que le gouvernement ne sera jamais capable de satisfaire tous les besoins de santé d'une population. Par conséquent, il est absolument indispensable que les secteurs public et privé collaborent entre eux. S'agissant du secteur privé, il existe trois domaines sur lesquels doivent se concentrer les activités de recherche :

- Définition du secteur privé et des services qu'il fournit;
- Façon d'utiliser le secteur privé pour promouvoir le programme de santé publique; et
- Possibilité de collaboration entre le secteur public et le secteur privé.

En fin de compte, le financement de la santé n'est qu'un moyen d'obtenir des services de santé durables afin d'améliorer l'état sanitaire d'une population.

3.0 RÉSUMÉ DES SÉANCES : PRINCIPALES QUESTIONS CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LA PÉRENNITÉ DE LA SANTÉ : DEUXIÈME JOURNÉE

Principales questions concernant le financement et la pérennité de la santé, Première partie

- Recherche prioritaire et problèmes concernant le financement et la pérennité de la santé en Afrique
- Rôle de la collaboration entre le secteur public et le secteur privé dans la fourniture des soins de santé en Afrique.
- Efficacité du secteur public et du secteur privé : recherche au Sénégal.
- Réforme du secteur hospitalier.
- Expérience du Cameroun dans le domaine des soins de santé primaires et de la réforme des hôpitaux.

3.1 PROJET D'ANALYSE DES RESSOURCES HUMAINES ET SANITAIRES EN AFRIQUE (HHRAA)

Alex Ross, Analyste des politiques sanitaires au Bureau de l'USAID/Afrique, a décrit les travaux du projet HHRAA dont les principaux objectifs sont l'amélioration de la santé et de la nutrition, le relèvement des taux d'alphabétisation et de formation de la population, et la stabilisation du taux de fécondité. Les objectifs secondaires sont d'accroître l'efficacité et la pérennité des systèmes de santé, d'alimentation, d'éducation et de planification familiale. L'objectif du projet est de promouvoir la recherche et l'analyse, ainsi que la diffusion des informations afin d'appuyer la mise au point de meilleures stratégies, politiques et programmes dans les domaines de la santé, de l'alimentation et de l'éducation. Les études appuyées par le projet HHRAA suivent généralement un cycle composé de diverses étapes, qui est décrit ci-dessous.

- Identification des questions les plus importantes
- Mise au point de cadres stratégiques techniques

- Sélection des questions prioritaires

Exemples de cadres stratégiques pour le projet HHRAA :

- Financement et pérennité des soins de santé
- Contribution de la prestation de services de santé non gouvernementaux aux objectifs de santé nationaux
- Planification familiale et population
- Survie de l'enfant : traitement médical de l'enfant malade et modification du comportement
- SIDA, MST et tuberculose
- Paludisme et nouvelles maladies
- Valorisation des ressources humaines (dans le domaine de la santé publique)
- Nutrition et alimentation des enfants, et
- Diffusion des informations et des résultats auprès, principalement, des décideurs.

Pour aider le HHRAA à établir ses priorités, on a demandé aux participants de l'atelier de classer des thèmes méritant recherche, analyse et diffusion pour en débattre ultérieurement. (*Voir Section 6.2 de ce rapport*)

3.2 COLLABORATION DES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ EN MATIÈRE DE PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ

Abraham Bekele, économiste, et Hugh Waters, responsable du projet financé par HHRAA d'appui à l'analyse et à la recherche en Afrique (SARA), dirigé par l'Academy for Educational Development (AED) a parlé du rôle de la collaboration entre les secteurs public et privé en matière de prestation de soins de santé en Afrique. En raison de la croissance démographique, du problème du SIDA et d'autres maladies comme le paludisme et la tuberculose, et de la diminution simultanée des ressources disponibles pour le secteur de la santé, il est tout à fait clair qu'on ne peut plus dépendre uniquement des ressources gouvernementales pour appuyer le secteur de la santé. Des maladies comme le SIDA peuvent absorber plus de ressources qu'il n'en existe. Ainsi, si les États africains voulaient soigner tous les cas de SIDA, ils risqueraient de consacrer 40 à 60 pour cent de toutes leurs ressources à cette tâche uniquement.

Dans tous les pays d'Afrique, on parle désormais de recouvrement des coûts, de faire payer les usagers, de planifier les services médicaux et de vendre les médicaments. Et pourtant, on se rend compte

que l'impact des paiements sur les recettes totales est limité à cause de la pauvreté de la majorité de la population. Il est cependant essentiel que la communauté et les utilisateurs apportent leur contribution étant donné que les ressources publiques sont très limitées. Les résultats de certaines recherches suggèrent que l'on pourrait améliorer les revenus et la qualité des soins en planifiant plus judicieusement l'utilisation des ressources. Alors que l'on pensait que la planification diminue la demande, de nouvelles études suggèrent que ce n'est pas nécessairement le cas.

Une autre façon d'accroître les ressources est d'encourager le développement de l'assurance-maladie. HHRAA se préoccupe de trouver le moyen de couvrir la plus grande partie de la population et de lui fournir les soins dont elle a besoin. Il existe des mouvements pour décentraliser les services de santé et pourtant on ne sait pas exactement quel effet ces mouvements auront sur les prestations de services. Il n'est pas évident que la décentralisation améliore l'efficacité. Il faut également envisager l'autonomie des hôpitaux. Les hôpitaux consomment de vastes quantités de ressources mais on pourrait faire appel au secteur privé pour fournir certains soins curatifs. L'OMS étudie actuellement l'autonomie des hôpitaux. Le Dr. Bekele a demandé aux participants de donner leurs points de vue sur la question de savoir s'il faut consacrer davantage de ressources au secteur privé et les retirer aux hôpitaux. Il a également demandé de réfléchir à la valorisation des ressources humaines de façon à optimaliser la prestation des soins.

3.3 EFFICACITÉ DANS LE SECTEUR PUBLIC : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE AU SÉNÉGAL

Ricardo Bitran, Directeur de la Recherche appliquée du projet HFS, a présenté les constatations d'une étude d'efficacité dans le secteur public au Sénégal. En 1989, le gouvernement du Sénégal a adopté un ensemble de réformes connues sous le nom de Politique nationale de santé. Dans le but d'aider ce processus, le présent rapport tente de fournir des informations sur les coûts, le financement et l'efficacité des services de santé publics. Une deuxième étude sur l'efficacité du secteur privé sera menée aux fins de comparaison.

Cette étude a permis de constater notamment :

- L'insuffisance des systèmes de gestion de l'information
- Le faible taux d'utilisation et de couverture
- L'importance des dépenses de personnel et la faible productivité de celui-ci
- La pénurie de médicaments et de fournitures médicales de base
- La mauvaise qualité des soins en raison du manque de consignes et des pratiques inappropriées dont se rendent compte les patients et le personnel
- Le système d'aiguillage inapproprié
- Le prix trop bas des soins curatifs
- Le faible taux de recouvrement des coûts.

En ce qui concerne les coûts, le Dr. Bitran a analysé la structure des dépenses et des coûts des hôpitaux, des centres de santé, des postes de santé et des cases de santé. En s'appuyant sur les données recueillies, il a conclu que, calculés par habitant, les centres de santé sont les installations les plus coûteuses, suivies par les hôpitaux, les postes de santé et les cases de santé, respectivement.

Pour évaluer correctement le **financement**, il a mené une analyse des sources et de l'utilisation des fonds afin d'évaluer le financement des coûts de fonctionnement dans les formations sanitaires publiques. Cette enquête a révélé que les hôpitaux étaient fortement tributaires de l'appui du gouvernement pour financer leurs opérations. Ainsi, pendant l'exercice 1991, le gouvernement a payé 84 pour cent des dépenses de fonctionnement des hôpitaux. Les paiements des patients ont couvert 5 pour cent des dépenses totales de personnel, 22 pour cent du coût des médicaments et 8 pour cent des autres coûts récurrents. On dispose de données similaires pour les centres et les postes de santé.

Il a constaté que la productivité du personnel, qui est une mesure de l'**efficacité**, était faible. Celle des postes de santé était plus élevée que celle des centres de santé. La différence de productivité entre les centres et les postes était particulièrement frappante à Dakar. S'agissant des médecins, infirmières et techniciens médicaux qui travaillent dans des centres de santé, c'est à Dakar que la productivité est la plus faible.

Enfin l'étude aborde la question de la **qualité des soins**. Il est à remarquer que la pénurie de certains médicaments, les mauvaises communications entre le personnel médical et le fait que le personnel n'administre pas les tests et les examens standard et ne pose pas les questions normales, reflète le fait que la qualité des soins est médiocre. En analysant les différences entre les traitements recommandés, l'étude a constaté que les soins donnés dans les postes de santé étaient les meilleurs et que ceux des centres de santé et des hôpitaux étaient les pires.

Il découle de cette étude que le gouvernement doit :

▲ Financer la mise au point dans le pays de systèmes d'information de gestion et former le personnel à les utiliser.
▲ Améliorer la qualité pour encourager les populations à avoir recours aux services préventifs et curatifs publics.
▲ Décentraliser la gestion et redistribuer le personnel et les installations pour utiliser les ressources de façon efficiente. Procéder à des compressions de personnel et/ou fermer certaines installations le cas échéant.
▲ Adopter et appliquer une politique de médicaments essentiels. Permettre la concurrence pour l'importation et la distribution des médicaments.
▲ Superviser et former régulièrement le personnel médical. Adopter des normes nationales de diagnostic et de traitement.
▲ Assurer l'approvisionnement en médicaments et la disponibilité du personnel afin que la population ait une meilleure perception de la qualité.
▲ Améliorer la qualité des installations de soins de santé primaires pour décourager les transferts non essentiels. Faire payer un tarif plus élevé dans les cas de transferts.
▲ Relever légèrement les tarifs des soins curatifs parallèlement aux améliorations de la qualité. L'autorité d'établir les tarifs doit être transférée du niveau central au niveau régional ou communautaire. Abaisser les tarifs trop élevés des services préventifs.

3.4 RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Marty Makinen, Directeur technique de HFS, a examiné la façon dont les hôpitaux tertiaires d'Afrique, grâce à des réformes de leurs finances, pourraient réduire les dépenses, libérer des ressources et améliorer la qualité des soins. Son exposé comportait cinq parties :

- Historique des hôpitaux en Afrique. L'orientation des hôpitaux en Afrique est en partie un legs de l'époque coloniale lorsque, pour les gouvernements coloniaux, l'objectif du secteur de la santé était de fournir des services dans les villes aux populations d'expatriés. En Afrique, ce sont les hôpitaux publics le plus souvent qui font payer leurs services. Ils sont utilisés par les groupes de population les plus influents et emploient les meilleurs médecins.

- Importance de la réforme du financement des hôpitaux. La détérioration de la qualité des soins et la mauvaise gestion des ressources ont pratiquement abouti à une situation de crise dans de nombreux hôpitaux. En raison du statut pratique et symbolique des hôpitaux, il est devenu urgent de s'occuper de la réforme de leur financement.

- Impact de l'autonomie sur les hôpitaux africains. Pour répondre à ces problèmes, les hôpitaux ont commencé à expérimenter avec une nouvelle forme de gestion - l'autonomie. Les hôpitaux autonomes retirent la gestion des mains des gouvernements et la confient à un Conseil d'administration. Les initiatives de réforme en Egypte, au Kenya et au Niger ont mené à l'établissement d'un certain nombre d'hôpitaux autonomes. Pour l'instant, ces hôpitaux font payer leurs patients, procèdent à des travaux de rénovation et instituent des améliorations de la qualité.

- Ce que l'on sait des hôpitaux publics dans les pays en développement. Le mouvement vers l'autonomie a été renforcé par des études récentes concernant le rôle des hôpitaux publics dans les pays en développement. Le Dr. Makinen a résumé les conclusions d'une étude très complète réalisée par Howard Barnum et Joseph Kutzin en 1990 qui examine l'emploi des ressources, les coûts et le financement.

- Comment instaurer dans les hôpitaux l'autonomie de gestion et de financement. Pour que les hôpitaux deviennent réellement autonomes, il faut tout d'abord mettre à l'essai les initiatives d'autonomie et les évaluer et mieux comprendre ce qu'est la gestion à tous les niveaux. Il faut également mettre en place des mécanismes visant à limiter les subventions et à mobiliser des financements complémentaires tels que les assurances afin de limiter les risques.

3.5 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET RÉFORME DES HÔPITAUX : ENSEIGNEMENTS DU CAMEROUN

Bihina Laurentine, Directeur adjoint du budget et de l'équipement au Ministère camerounais de la santé publique a résumé l'expérience de son pays en matière de soins de santé primaires, de réformes des hôpitaux et de recouvrement des coûts. Depuis 1989, le Cameroun s'est lancé dans d'importantes réformes de santé primaire basées sur la participation communautaire.

Comme l'État n'était déjà pas en mesure de couvrir toutes les dépenses de santé, les problèmes ont été exacerbés par le taux élevé de croissance de la population. Actuellement, 5 pour cent seulement du budget de l'État est affecté aux services de santé dont 80 pour cent aux salaires. Devant cette situation financière, on a mobilisé dans plusieurs provinces un soutien de trois sources : l'État, la coopération bilatérale et multilatérale (et les ONG), et la participation communautaire. La communauté participe au recouvrement des coûts dans les quatre domaines suivants : vente de médicaments essentiels; paiements des actes médicaux et chirurgicaux; dons de matériels et de fournitures; et formation de spécialistes de l'entretien et de la maintenance des formations sanitaires. Pour les dons initiaux de médicaments essentiels, l'appui des organismes internationaux a été critique. Les recettes obtenues par la vente de médicaments servent à réapprovisionner les stocks de médicaments essentiels dans les formations sanitaires ainsi qu'à remplacer les fournitures et le petit matériel, et à d'autres dépenses nécessaires pour la supervision et la formation.

Il y a quatre ans, en 1990, on a commencé à institutionaliser les réformes de gestion dans le secteur de la santé afin de simplifier et de partager les responsabilités avec la communauté au moyen de comités de santé. Une loi passée en 1993 confie des responsabilités spécifiques à la communauté pour le suivi des activités des formations sanitaires. Chaque province est responsable de la gestion des recettes provenant de la vente de médicaments essentiels, et pour l'exercice budgétaire suivant, chaque formation sanitaire peut établir un plan pour utiliser les recettes provenant de certaines opérations. Cinquante pour cent des recettes recueillies par les formations sanitaires sont gardées en réserve à cet effet jusqu'à la fin de l'exercice et l'on peut alors examiner les montants effectifs dépensés pour certains postes budgétaires. Ceci encourage la planification budgétaire basée sur les dépenses effectives.

On peut citer de nombreux résultats positifs obtenus grâce aux réformes mises en oeuvre au Cameroun. Les taux d'utilisation des centres de santé et des hôpitaux ont augmenté grâce à la réorientation des soins de santé primaires de façon à ce qu'ils incluent le PEV, la planification familiale, la TRO et autres. En outre, on a encouragé les initiatives de planification des soins de santé pour permettre une utilisation plus judicieuse des ressources disponibles. La qualité du personnel de santé s'est améliorée grâce à des programmes de formation et à des primes.

Les obstacles actuels sont d'ordre politique, administratif et financier. La coopération entre les organes administratifs des différents secteurs est difficile, et la mise en oeuvre en est, par suite, retardée. La pénurie relative de personnel capable de contrôler, de promouvoir et d'appliquer les réformes reste un problème. Il semble qu'il serait utile de publier des directives permettant de généraliser le recouvrement des coûts dans toutes les régions du pays de façon uniforme.

4.0 RÉSUMÉ DES SÉANCES : PRINCIPALES QUESTIONS CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LA PÉRENNITÉ DE LA SANTÉ : TROISIÈME JOURNÉE

Principales questions sur le financement et la pérennité de la santé, Deuxième partie

- Rôle des prestateurs de services dans le secteur privé
- Impact des paiements des usagers au Niger
- CREDESA/SSP au Bénin et financement communautaire des soins de santé
- Impact et résultats de l'Initiative de Bamako
- Résultats de l'Iniative de Bamako en Guinée-Conakry
- Impact des paiements au Mali
- Projet pilote de Boulgou au Burkina Faso : Expérimentation en matière d'assurance-maladie

4.1 RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LES SOINS DE SANTÉ

Marty Makinen, Directeur technique de HFS, a présenté des suggestions pour que le secteur privé joue un rôle plus actif dans la prestation de services de santé. Les énormes difficultés auxquelles font face les gouvernements des pays en développement telles que le coût élevé des soins curatifs, l'impossibilité de satisfaire les besoins de soins de santé des populations rurales et démunies, les pénuries chroniques de médicaments, de supervision et d'entretien des installations publiques les rendent incapables de fournir tous les soins de santé nécessaires. Traditionnellement, le secteur privé participe aux soins curatifs, particulièrement dans les zones urbaines, en matière d'assurance-maladie, de produits pharmaceutiques et de soins de santé pour les employés et leurs familles. On peut envisager d'autres rôles pour le secteur privé dont :

- Passer des contrats avec le secteur public concernant la fourniture de produits pharmaceutiques, de transports, le blanchissage ou les services alimentaires.
- Fournir des services préventifs dans le cadre d'assurances intégrées prévoyant des stimulants pour maintenir la santé plutôt que traiter les maladies.

- Assurer des services de santé aux populations démunies et aux populations rurales, grâce à des systèmes de remboursement établis par l'État, tels que des coupons distribués aux indigents.

Une des difficultés concerne la division des rôles et responsabilités entre les deux secteurs étant donné les avantages et inconvénients de chacun, l'importance des divers critères et les capacités actuelles et projetées de chaque secteur en matière de performance. Une fois que ces déterminations auront été faites, le gouvernement devra prendre toutes les mesures nécessaires pour élaborer le cadre juridique des solutions souhaitées et mettre au point des systèmes de suivi et d'évaluation permettant de faire toutes modifications nécessaires.

Il semblerait que les avantages théoriques d'une participation accrue du secteur privé soient plus importants que les inconvénients, mais les décisions doivent être prises évidemment en tenant compte des conditions locales. Des interventions complémentaires des secteurs public et privé devraient annihiler bien des inconvénients mais il faut évaluer la capacité du gouvernement de mener à bien ces interventions. Un secteur de la santé dominé soit par le secteur privé, soit par le secteur public, ne résoudra pas tous les problèmes existants mais le secteur privé est souvent sous-utilisé. Une participation accrue du secteur privé aurait plusieurs avantages :

- Un grand volume de ressources à la disposition du secteur de la santé;

- La réaffectation des ressources du secteur public aux activités sanitaires publiques et aux services aux groupes défavorisés;

- Une amélioration de la qualité des soins, particulièrement ceux que le patient est capable d'apprécier.

Le Dr. Makinen a conclu en soulignant les avantages qui découlerait d'un examen approfondi des moyens d'accroître la participation du secteur privé, solution qui a été adoptée par la plupart des pays industrialisés.

4.2 IMPACT DU RECOUVREMENT DES COÛTS : RÉSULTATS DU NIGER

À mesure que davantage de pays mettent en place des programmes de recouvrement des coûts, on a constaté que le débat sur les effets des programmes de paiements à l'acte sur les divers aspects des services de santé s'amplifie. À la lumière de ce débat, Ricardo Bitran, Directeur de la Recherche appliquée à HFS, a présenté les constatations de la recherche appliquée de HFS sur les tests pilotes de recouvrement des coûts au Niger concernant l'impact qu'ont effectivement les programmes de paiements en matière d'équité et de qualité des services. La raison d'être des tests pilotes de recouvrement des coûts au Niger est la carence de médicaments dans les centres de santé publics et la pénurie de ressources financières de l'État. Trois arrondissements nigériens ont participé aux tests pilotes, Boboye - où le paiement se faisait indirectement au moyen d'une taxe d'arrondissement de 200 francs CFA, par tête, Say - qui pratiquait le paiement direct, et Illela - arrondissement contrôle sans recouvrement des coûts.

Relever les tarifs dans le cadre de programmes de recouvrement des coûts peut avoir divers effets sur l'accès des patients aux soins de santé et aboutir à des résultats très variés. Un examen de deux de ces résultats potentiels démontre l'effet que les paiements ont sur l'accès financier aux soins de santé et comment les paiements influent sur l'accès géographique. Ainsi, faire payer les patients fait reculer les taux d'utilisation de toutes les populations, particulièrement les pauvres. Il faut noter, cependant, que les améliorations de la qualité résultant des paiements des patients peuvent compenser les effets d'une hausse des prix des services. Au Niger, les taux d'utilisation ont augmenté mais les pauvres ont montré qu'ils étaient prêts à payer des améliorations de la qualité. Ainsi, les effets que peuvent avoir les paiements sur l'équité sont variés et complexes. Bien que les pauvres soient plus sensibles aux hausses de prix des soins de santé, les programmes de recouvrement des coûts peuvent inclure des méthodes permettant de tester les moyens financiers des patients, accroissant ainsi le potentiel d'égalité.

Les observations concernant l'impact des tarifs sur la qualité des services fournis semblent être moins ambivalentes car les programmes de recouvrement des coûts entraînent toute une gamme d'améliorations de la qualité. D'une façon générale, le recouvrement des coûts oblige les prestataires de soins de santé à être plus efficaces en les forçant à faire davantage attention aux coûts, à la qualité des soins et à la satisfaction des patients. Relever les tarifs présente de nombreux éléments positifs et négatifs. Les décideurs seront obligés de mesurer les coûts et les avantages et de choisir entre diverses options de programmes de recouvrement des coûts. Pour que d'autres mesures de réformes portent leurs fruits, il faudra mieux comprendre les résultats de la mise en oeuvre des programmes de paiements à l'acte.

4.3 FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DES SOINS DE SANTÉ AU BÉNIN

Félicien Hounye, médecin et chercheur au Centre régional pour le développement et la santé, a présenté brièvement l'expérience du Bénin en matière de financement communautaire des soins de santé.

Le Centre régional pour le développement et la santé (CREDESA) a joué un rôle majeur dans le domaine du financement des soins de santé au Bénin. De 1983 à 1989, CREDESA a appliqué un système de financement communautaire dans deux communautés rurales. Ces deux villages avaient accès aux soins de santé. Chaque village a été doté d'une infirmière faisant des visites à domicile, d'un assistant sanitaire d'urgence et d'une sage-femme. CREDESA est maintenant passé au niveau du District pour établir des systèmes de participation communautaire, et a instauré la prestation des services avec des coûts adaptés au niveau socio-économique de la population et a mis en oeuvre des services de santé communautaires basés sur les constatations de la recherche sur les médicaments essentiels inspirés par l'Initiative de Bamako.

Le financement communautaire des services de santé au Bénin a été guidé par l'Initiative de Bamako. Les initiatives de financement communautaire ont débuté dans deux communes de Paodiablokité. Cette expérience a profité des nombreuses visites des représentants de l'UNICEF, de l'OMS et de Mme Bineta Ba de l'USAID/REDSO. Le programme élargi de vaccination couvre maintenant la moitié des centres de santé du Bénin; cette expérience a été menée avec l'appui de l'UNICEF qui a fourni les premiers colis de médicaments essentiels.

Actuellement au Bénin, le financement communautaire couvre 90 pour cent des formations sanitaires et est appuyé par de nombreux bailleurs de fonds. Il existe des systèmes selon lesquels les communautés paient un tiers des dépenses totales de fonctionnement. Le gouvernement en paie un autre tiers sous forme de salaires et les bailleurs de fonds, la partie des coûts locaux de remplacement des médicaments et du matériel. Les préoccupations en matière de pérennité ont mené à combiner le financement communautaire et les soins de santé aux activités de développement parce qu'il y aura toujours des indigents qui ne pourront pas payer même ce qui nous semble être des prix très bas. Une structure appelée Banque communautaire, appuyée par les Missions catholiques (ESCATOUEL au Bénin), fonctionne très bien et permet aux Béninois de disposer d'un fonds de réserve géré par SAVE the Children qui a pour objectif de fournir un habitat décent, et qui est également orienté vers les soins de santé. Ces mécanismes assurent que la couverture est garantie pour plus de la moitié de la population.

L'IB a introduit une formation dans les domaines de la comptabilité, de la gestion, des vaccins et d'autres dans lesquels le personnel de santé n'avait aucune formation. On considérait que tous ces éléments ne faisaient pas partie des responsabilités du personnel sanitaire et c'est pourquoi il a fallu instaurer certains stimulants pour encourager les agents de santé à prendre de nouvelles responsabilités. La motivation était que pour chaque enfant cible complètement vacciné, l'équipe sanitaire de la commune recevait 20 francs CFA par semestre. Chaque femme ayant reçu tous ses vaccins qui accouchait dans la structure sanitaire payait également 20 francs CFA et chaque nouvelle consultation de soins curatifs rapportait à l'équipe sanitaire 50 francs CFA chaque semestre. Les bénéfices ont ainsi dépassé la capacité prévue de fournitures de soins. La couverture vaccinale a quelque peu baissé mais jamais au-dessous des niveaux d'avant le recouvrement des coûts.

En fait, le recouvrement des coûts a progressé au point où les recettes couvrent les salaires des agents de santé. Ceci a causé des problèmes avec les agents de santé communautaires qui considéraient qu'ils étaient autant concernés par les initiatives de recouvrement des coûts mais ne touchaient aucun salaire. Le Dr. Hounye a terminé sa présentation en demandant aux participants leurs suggestions pour éviter ce problème.

4.4 IMPACT DE L'INITIATIVE DE BAMAKO DANS LA RÉGION

Rudolph Knippenber, le représentant de l'UNICEF, a commencé sa présentation en affirmant que la dévaluation du franc CFA pourrait donner un coup fatal aux efforts de revitalisation et de renforcement des systèmes de santé dans la région du franc CFA. Les premiers effets négatifs sont liés à l'inflation qui provoque :

- Une réduction du pouvoir d'achat des ménages qui diminue l'accessibilité des services de santé au plan financier en raison de l'augmentation des coûts des déplacements, des médicaments et des dépenses d'alimentation;

- Une augmentation systématique du coût des médicaments, des outils de gestion, des vaccinations, du matériel et du combustible pour le fonctionnement des centres de santé;

- D'autres effets venant de certaines mesures inadéquates qui ont été prises comme les ruptures de stocks, la diminution de la participation communautaire, la désaffection des soins préventifs en faveur des soins curatifs.

Les recommandations générales intéressant la réforme des politiques sanitaires et leur mise en oeuvre expliquées par Knippenberg et basées sur les expériences de l'Initiative de Bamako dans divers environnements comprennent :

1. Éviter des actions prises en deux étapes qui consistent, tout d'abord, à fournir des quantités massives de médicaments sans établir un programme de recouvrement des coûts pour les médicaments et, deuxièmement, ne pas anticiper un minimum de gestion ou de contrôle par la communauté. Cette dissociation entre la disponibilité des médicaments et le fonctionnement du système de santé risque de compromettre gravement les soins préventifs, la qualité des soins et la crédibilité du système.

2. L'adoption d'une politique nationale de médicaments essentiels est une condition indispensable pour renforcer et rationaliser les systèmes de santé et développer la santé communautaire afin d'assurer la couverture avec un minimum de services y compris le PEV.

3. Lorsque l'on établit les tarifs des soins, il est important de ne pas dissocier le paiement des médicaments du coût total que doit payer le malade. Ainsi, au Mali et au Sénégal, les programmes de l'IB sont mis en pratique en liant étroitement le coût des médicaments et les consultations aux centres de santé.

4. En ce qui concerne le secteur privé, il faut encourager l'acceptation des médicaments essentiels sous nom générique non subventionnés par l'État et en laissant le marché déterminer le prix.

5. Pour desservir les structures sanitaires communautaires de l'IB, la mobilisation des bailleurs de fonds doit être une occasion de développement ou de réformes structurelles de l'achat centralisé des médicaments essentiels, notamment par la participation des consommateurs au Conseil de gestion ou d'administration.

6. Il est nécessaire de procéder à une refonte des systèmes de financement des soins de santé dans la zone du franc CFA en redéfinissant le rôle de chaque partenaire dans les mécanismes de cofinancement, de financement et de fixation des prix. Cette refonte doit tenir compte des pressions budgétaires, de la capacité des ménages de payer les soins de santé et aussi de la capacité des gouvernements de financer les dépenses récurrentes grâce à leurs recettes. Ce nouveau plan demanderait aux bailleurs de fonds une contribution sous forme de médicaments, de vaccins, d'outils de gestion et de matériel pour dégager des fonds publics et communautaires afin d'améliorer la qualité des soins, la motivation des agents de santé périphériques et des communautés (grâce à des prix abordables).

En outre, cette refonte doit encourager la pérennité de systèmes de santé revitalisés et renforcés en assurant que les bailleurs de fonds se chargeront à moyen et à long terme de remplacer le matériel dans le cadre de projets de la Banque mondiale ou autres. Enfin, cette refonte doit trouver un équilibre entre les effets négatifs et les effets positifs des subventions à court terme et sur plusieurs années qui, d'une part, assurent le renforcement de systèmes de santé de qualité, la motivation et l'utilisation des communautés et d'autre part, l'autonomie financière et de gestion de ces systèmes.

4.5 EXPÉRIENCE DE L'INITIATIVE DE BAMAKO EN GUINÉE

Lamarana Diallo, démographe et coordinateur des programmes nationaux, de l'Association guinéenne pour le bien-être familial (AGBEF), et le Dr. Lamine Touré, directeur national des établissements de soins de santé, ont présenté l'expérience guinéenne de l'IB. Ils ont indiqué qu'ils utiliseraient le mot «district» qui a une connotation différente selon les pays dans le sens d'un district de l'OMS, c'est-à-dire une unité administrative comportant un système sanitaire à deux échelons : un ensemble de centres de santé gravitant autour d'une structure de référence.

En Guinée, les centres de santé fournissent des soins préventifs et curatifs mais pas d'hospitalisation. L'expérience guinéenne de l'IB a commencé en 1986, c'est-à-dire quelques années avant l'initiative réelle. Le Ministre de la santé a lancé une évaluation du système sanitaire comportant un inventaire de toutes les ressources humaines, matérielles et financières; une concertation avec les communautés pour apprendre ce qu'elles pensaient des soins de santé et une analyse de la situation sanitaire y compris une évaluation du PEV qui fonctionnait en Guinée depuis sept ans. Les observations faites au cours de l'évaluation ont été accablantes : l'infrastructure et l'équipement étaient vétustes; tous les centres de santé étaient complètement démunis de médicaments; la capacité de gestion était faible et le rendement de la formation médiocre : le personnel de santé n'avait pas suivi de recyclage depuis dix ans. En 1987, le Ministre de la santé, en collaboration avec deux organismes, a élaboré un plan d'action sanitaire et un programme national de soins de santé primaires. Le terme «Initiative de Bamako» est très peu utilisé en Guinée.

Le programme guinéen de soins de santé primaire a choisi comme points d'application les centres de santé pour des raisons multiples. En plus des objectifs d'accessibilité, de disponibilité et de couverture, les objectifs financiers étaient doubles :

- Le malade coûte au centre de santé moins d'un demi-dollar;
- Le malade paie au plus un dollar pour les soins.

Diverses stratégies ont été élaborées à ce sujet, tout d'abord une intégration des services, leur rationalisation (c'est-à-dire nombre et comportement des agents de santé), la mise au point de stratégies de diagnostic-traitement, l'introduction des médicaments essentiels et des procédures de gestion. Les communautés étaient responsables de fournir l'infrastructure et le matériel non technique; l'État a fourni le personnel, l'équipement technique, ainsi que les médicaments.

La stratégie de recouvrement des coûts visait certains coûts, notamment celui des médicaments et du fonctionnement local. On a choisi un coefficient de multiplication de 2,5, c'est-à-dire que les médicaments sont vendus à 2,5 fois leur prix d'achat. On a fixé une limite supérieure de 2 000 francs (2 francs guinéens valent un franc CFA) pour chaque traitement. Le budget d'un centre de santé se structure en deux catégories : les coûts sans lesquels le centre de santé ne peut remplir son mandat et les coûts «accessoires». En moyenne, les médicaments représentent 40 pour cent des dépenses; les outils de gestion 10 pour cent; les combustibles 10 pour cent; et les primes de motivation 11 pour cent. Le nombre de centres de santé est passé de 90 en 1988 à 283 en 1994, ce qui correspond à un taux de couverture théorique de 80 % de la population. On a constaté une augmentation similaire de la couverture vaccinale nationale qui est passée de 1 pour cent en 1986 à 55 pour cent en 1994. Le programme se caractérise par l'harmonisation des interventions (c'est-à-dire externes non

gouvernementales, multi- ou bilatérales). On a conçu dès le début, un plan très précis et le programme mis en oeuvre a été le même dans toutes les régions géographiques; il comportait contrôle et supervision réguliers.

Malgré l'impression qu'a pu créer cette présentation, il reste quand même des problèmes à résoudre tels que celui des centres de santé déficitaires. Quatre-vingt pour cent des centres de santé peuvent recouvrer leurs coûts de fonctionnement mais 20 pour cent sont tout à fait déficitaires. Le deuxième problème est la prise en charge des indigents auquel on n'a pas encore trouvé de solution viable. Un troisième problème est l'augmentation progressive du coût des médicaments. Un autre est la motivation de certains personnels. Malgré ces problèmes, auxquels on essaie de remédier l'objectif pour la fin de 1995 est une couverture totale du pays en centres de santé. Un système national d'approvisionnement en médicaments a été mis au point : il s'agit de la Pharmacie centrale de Guinée. On fait également des efforts pour établir un équilibre entre les centres de santé et les hôpitaux.

4.6 IMPACT DES PAIEMENTS AU MALI

Salif Coulibaly, Directeur du Plan et de la statistique, Ministre de la santé, de la solidarité, et des personnes âgées, a expliqué que le Mali comme d'autres pays de la région, est confronté à des problèmes de financement des services de santé liés au contexte économique et aux bouleversements socio-politiques qu'a connus son pays. Cependant, après la mise en oeuvre des politiques basées sur les principes de l'IB, ce pays a obtenu des résultats tout à fait remarquables.

La demande de soins de santé a continué d'augmenter en raison du taux élevé de croissance démographique et de la stagnation des ressources. L'analyse du financement des services de santé au Mali montre une diminution progressive et alarmante du budget de la santé dans le budget de l'État : en 1980, le budget était de 8 pour cent. En 1991, il est tombé à 4 pour cent et a légèrement remonté pour passer à 5,2 pour cent en 1992 avant de se stabiliser autour de 6 pour cent en 1993.

Les hôpitaux nationaux et l'administration centrale consomment l'essentiel des ressources allouées au secteur de la santé. Les conséquences sont des ruptures de stocks prolongées de médicaments essentiels et du petit matériel médical et chirurgical, l'insuffisance des moyens de diagnostic et de traitement, ainsi que des pannes fréquentes des véhicules sanitaires et l'absence de motivation du personnel.

Bien que la stratégie de l'IB ait été adoptée en 1987, il a fallu attendre 1990 pratiquement pour que les plans soient finalement mis en oeuvre. Les événements socio-politiques au Mali ont interrompu cette mise en oeuvre ce qui a réellement changé le système. Ces événements ont constitué un facteur qu'on oublie souvent dans les politiques sectorielles parce que toutes les expériences qui ont été tentées auparavant ont été interrompues et qu'il a été nécessaire, en fait, de revenir à la case-départ. Bien que le Mali ait connu de nombreuses expériences de recouvrement des coûts avant 1991, ce n'est qu'après cette date que l'on a rationalisé ces expériences et qu'on les a capitalisées.

Le nouveau système se caractérise par la participation communautaire dans l'objectif de mobiliser la population toute entière à promouvoir la santé. Les stocks de médicaments essentiels sont reconstitués

régulièrement et les services de santé ont été revitalisés et offrent un paquet minimum de soins dans des formations sanitaires organisées conformément à la pyramide de santé.

L'expérience du Mali démontre l'impact positif de l'établissement d'une structure des prix et de la vente des médicaments. Tout d'abord, on a constaté une augmentation des ressources de base consacrées aux soins de santé ainsi que la mobilisation de fonds supplémentaires, le fonctionnement régulier des structures de santé (ce qui n'était pas le cas avant l'IB), l'amélioration des conditions de travail du personnel de santé, la reconstitution régulière des stocks de médicaments et d'autres fournitures, une meilleure affectation des ressources grâce au compte d'épargne national et la revitalisation des formations sanitaires afin que les patients disposent d'un paquet de soins de base.

M. Coulibaly a indiqué qu'il était d'accord avec M. Knippenberg sur la manière de fixer des tarifs compatibles avec le pouvoir d'achat des populations parce que l'on attend trop de la population. Il a été prouvé bien des fois que les populations sont toujours prêtes à payer mais on leur demande trop ce qui décourage fréquemment leur volonté de participer. Au Mali, on utilise les tarifs pour accroître la clientèle et la demande de soins de santé. Il existe également un degré élevé de satisfaction pour les soins de santé.

L'expérience du Mali suggérerait que sans décentralisation effective des activités et de la gestion des services de santé, de manière à ce que les populations soient intégrées dans le processus de prise en charge, il ne peut y avoir de pérennité. Le Mali a une tradition d'entraide sociale qui permet d'identifier les indigents dans la communauté et pourtant il n'a pas toujours été facile de trouver des façons appropriées de les exempter de paiement. En terminant, M. Coulibaly a évoqué le besoin de recherche appliquée sur la création de mutuelles, d'assurance-maladie et d'une caisse de sécurité sociale.

4.7 ENSEIGNEMENTS DU PROJET PILOTE DE BOULGOU AU BURKINA FASO

Abraham Bekele, du Bureau USAID/Afrique; Bineta Ba, de REDSO/WCA; Issouf M. Ibrango, de la division des études et du Plan, du Ministère de la santé du Burkina Faso; Brahima Bassane, Directeur provincial de la santé, Tenkodogo (Boulgou); et Perle Combary, Directeur du projet de financement de la santé, USAID/Ouagadougou ont présenté le Projet pilote de recouvrement des coûts mené à Boulgou au Burkina Faso de 1988 à 1991. Après avoir modifié bien des fois sans succès ses programmes de santé au cours des dernières décennies, le Burkina Faso a adopté des principes de l'IB.

Le manque de succès conjugué à des efforts considérables pour réduire la taille de son personnel de santé, accroître le budget santé de l'État, et des difficultés persistantes à financer les services de santé ont encouragé le Burkina à envisager des tests pilotes. Un test pilote ayant pour objectif d'accroître le financement communautaire, avec un appui technique et financier de la Banque mondiale et de l'USAID/Ouagadougou, a débuté en 1988 dans la zone médicale de Garango, province de Boulgou. Les intervenants de cette étude étaient la communauté, les agents de santé communautaire et une équipe de recherche qui a piloté l'étude. Dans les communautés de base, on a créé des cellules sanitaires là où existaient des formations sanitaires. Un comité interdépartemental de santé constituait l'élément clé chargé de discuter des modalités de solidarité des communautés concernées. L'objectif de l'étude pilote était de développer un système de recouvrement partiel des coûts des soins de santé sur la base de l'auto-financement par la communauté. Ces tests avaient trois objectifs spécifiques :

- Organiser les divers échelons des systèmes de santé de façon à permettre la prestation de soins de santé intégrés à la population;

- Établir un système de tarification financière adapté à la population en général et aux populations à risques;

- Mettre au point un système de gestion financière pouvant fonctionner au niveau local et permettant de garder et d'utiliser les fonds recueillis pour utilisation par les services de santé.

Le but final était de démontrer si le recouvrement des coûts était possible et de trouver un champ d'études pratique de façon à ce que le reste du pays puisse adopter l'IB et de rédiger, éventuellement, des textes réglementaires. Au moment de l'évaluation du projet en 1991, le taux de recouvrement des coûts de la zone était au total de 44 pour cent, il comprenait les recettes des services et celles des dépôts de médicaments. On a donc mis en place un système opérationnel de recouvrement des coûts faisant appel à la participation des communautés. Plus le système se prolonge, plus il a de changes de perdurer et d'attirer davantage de personnes.

Au bout de trois ans, il existe des structures communautaires pour gérer les ressources financières et des programmes de mobilisation sociale pour l'éducation sanitaire. On se sert d'algorithmes pour les diagnostics et les traitements thérapeutiques, et l'on a rationalisé les procédures de délivrance d'ordonnances. Une structure de supervision fonctionnelle a été mise au point. Les Burkinabé ont maintenant les capacités nécessaires pour poursuivre l'étude. Un des problèmes rencontrés est l'absence de médicaments essentiels; un autre concerne la rétention des paiements au niveau local.

Parmi les leçons qui se dégagent des tests pilotes de recouvrement des coûts de Boulgou, on peut citer :

- Il est possible de réaliser la recherche avec un minimum de ressources humaines et financières.

- Il faut refondre la législation financière existante.

- Il faut limiter le coût des opérations bancaires sur les fonds des collectivités.

- Il faut mettre en place un système de sécurité.

- Il faut motiver les membres des communautés de gestion.

Il faut établir un circuit systématique de distribution des médicaments essentiels.

5.0 RÉSUMÉ DES SÉANCES : PRINCIPALES QUESTIONS CONCERNANT LE FINANCEMENT ET LA PÉRENNISATION DE LA SANTÉ : QUATRIÈME JOURNÉE

Stratégie de pérennisation

- Test des moyens financiers du patient aux fins de recouvrement des coûts des services de santé dans les pays en développement
- Table ronde sur l'assistance hors-projet et les expériences connexes avec des représentants de REDSO/WCA, Banque mondiale, HFS et un représentant des pays
- Travail en groupes pour échanger des idées sur la conception de réformes durables dans le secteur de la santé

Étude de cas sur la pérennisation

- Introduction aux études de cas et conseils pour le travail en petits groupes
- Travail en petits groupes sur la survie de l'enfant, la planification familiale et les projets SIDA/VIH au Sénégal, au Niger et en Guinée-Conakry

5.1 TEST DES MOYENS FINANCIERS DES MÉNAGES POUR LE RECOUVREMENT DES COÛTS DES SERVICES DE SANTÉ

Le nombre croissant de pays en développement qui envisagent ou ont déjà adopté des politiques de recouvrement des coûts a valu un débat intense sur la question, particulièrement sur l'équité des programmes de recouvrement des coûts. Une question centrale de ce débat est la suivante : «Le recouvrement des coûts limite-t-il l'accès des pauvres aux services de santé?».

La réponse à certaines des questions concernant les tests des moyens, selon Marty Makinen, le Directeur technique de HFS, comporte trois étapes :

- Définir les termes et concepts clé utilisés dans les discussions des tests de moyens. Dans son sens le plus fondamental, le test des moyens est un mécanisme qui permet d'identifier les patients ou les ménages indigents et de les exonérer du paiement des services en

fonction de leurs revenus. On trouvera ci-dessous la définition de quelques termes clé utilisés fréquemment :

La couverture se rapporte au pourcentage de la population cible recevant des services.

La sous-couverture se rapporte au pourcentage de la population cible qui ne bénéficie pas de prestations soit en raison d'erreurs de ciblage soit parce que les ressources des programmes ne suffisent pas.

L'incidence est le pourcentage de prestations du programme bénéficiant aux membres de la population cible.

La perte ou fuite est le pourcentage d'avantages du programme bénéficiant à des personnes ne faisant pas partie du groupe cible.

- Faire le point des progrès et problèmes auxquels font face des programmes de tests des moyens dans les pays en développement. Plus de 50 enquêtes sur différents projets de ciblage dans les pays en développement ont été réalisées en conjonction avec le projet HFS. Les données recueillies dans des pays comme le Sénégal, le Zimbabwe et le Kenya ont fourni aux dirigeants et aux administrateurs de précieuses informations sur les programmes de test des moyens en cours. Ainsi, au Sénégal, où le concept de recouvrement des coûts a été introduit en 1986, on a constaté un taux de fuite d'environ 50 pour cent (c'est-à-dire que la moitié des exonérations sont accordées à des personnes qui ne les méritent pas).

- Fournir des conclusions et recommandations qui serviront de munitions au débat, stimuleront la discussion et guideront les futures décisions sur les programmes de test des moyens. Étant donné ces problèmes communs, les pays en développement peuvent prendre un certain nombre de mesures pour renforcer leurs tests des moyens et surtout leurs programmes de recouvrement des coûts. L'établissement, par exemple, de critères clairs et officiels laissant peu de discrétion aux administrateurs, permettrait de réduire les pertes. Par ailleurs, exiger que les exonérations soient examinées de façon périodique et que l'on prenne régulièrement des mesures pour vérifier les informations, améliorerait de façon spectaculaire les procédures de ciblage. C'est pourquoi les tests de moyens peuvent être un véhicule très efficace de recouvrement des coûts et, éventuellement, d'amélioration de la qualité des soins. Cependant, tant que des mesures importantes n'auront pas été prises pour perfectionner l'administration de ces programmes, il sera impossible d'obtenir aucun de ces avantages.

5.2 POLITIQUES DES BAILLEURS DE FONDS POUR L'ASSISTANCE HORS-PROJET

Le représentant du Bureau de la Banque mondiale à Dakar, M. Diawara a expliqué que l'emploi du terme «hors-projet» dans le contexte de la Banque implique généralement un appui budgétaire sur tout ce qui touche à l'ajustement et non pas aux conditions.

Mme Bineta Ba, économiste de REDSO/WCA, a expliqué que l'assistance hors-projet a débuté en 1986 et que son principal objectif est d'assurer la pérennité des projets. Comme l'engagement du gouvernement est nécessaire, on s'attend qu'il y ait une continuité de politiques après que l'USAID quitte le pays. En 1992, une évaluation de l'assistance hors-projet, au Niger et au Nigéria, a permis de déterminer les facteurs influençant le taux de réussite ou d'échec de ce mode d'assistance.

Le climat politique est un facteur important. Un second facteur est la combinaison d'institutions participantes; en effet, un des problèmes communs des Ministères de la santé est le manque de continuité des décideurs. Le rôle de l'USAID est de suivre l'exécution financière des réformes et d'offrir des conseils aux nationaux mettant en oeuvre des programmes hors-projets. Il est nécessaire, par conséquent, que l'USAID s'implique dans l'assistance hors-projet pour aider les gouvernements à l'exécuter. La gestion financière de l'assistance hors-projet est difficile et les gouvernements doivent se préparer soigneusement avant d'injecter des fonds. L'expérience a montré qu'il est plus difficile de remplir les conditions préalables dans les secteurs sociaux tels que la santé contrairement à d'autres comme l'agriculture. Enfin, il est important de considérer l'impact des programmes d'ajustement structurel sur le secteur de la santé. Tels sont certains des points qui émergent de cette évaluation.

Oumarou Kane, Spécialiste de la santé de l'USAID/Niamey, a fait remarquer qu'en termes généraux, la méthode de l'assistance hors-projet est une approche plus souple. Mais elle a de nombreux inconvénients comme on l'a vu au Niger. Les réformes sectorielles, y compris dans le secteur de la santé, dépendent d'autres facteurs externes qui ne sont pas toujours contrôlables par le Ministère de la santé. La réforme est un processus en deux étapes qui exige la formulation de politiques puis leur mise en oeuvre. La mise en oeuvre ne suit pas toujours la formulation.

James Setzer, consultant auprès de HFS, a posé une question très importante : Comment peut-on encourager des réformes des politiques qui accompagnent des réformes techniques pendant l'exécution des activités? On peut atteindre un consensus sur le programme de réformes politiques qui appuie le mieux les besoins du secteur de la santé. Une fois que le programme est défini, cependant, il faut l'examiner en tenant compte des conditions existant préalablement. Il arrive parfois que les réformes du secteur de la santé permettent d'atteindre des objectifs émanant directement du secteur de la santé, mais ce n'est pas toujours le cas. L'assistance hors-projet essaie de définir un plan de réformes des politiques basé sur les conditions existant préalablement; elle vise aussi à encourager les progrès graduels au moyen de subventions. Il arrive que les subventions soient liées à l'accomplissement de certains objectifs alors que, d'autres fois, elles prennent la forme d'une affectation budgétaire.

Dans le cas du Kenya, où l'argent a été affecté au budget du Ministère de la santé, la seule condition à remplir était qu'il devait s'agir de nouveaux financements et pas d'une simple réaffectation. Au Niger, il existait un processus au moyen duquel le Ministère programmait l'aide financière au moment où les fonds étaient décaissés. L'avantage de ce type d'assistance est qu'elle permet de cibler, d'identifier et d'axer ouvertement l'attention de tous les intervenants sur les obstacles empêchant les réformes des politiques. Dans le cadre des projets, il est facile d'être submergé d'activités techniques, et pourtant, il

est parfois nécessaire d'appuyer les activités des projets. En outre, les subventions peuvent atténuer l'impact financier négatif de certaines réformes. Dans le cas du Togo, il est clair que si le gouvernement togolais acceptait de réduire les taxes à l'importation des médicaments, il le ferait au détriment du Trésor national. Cependant, avec l'aide financière hors-projet, en très peu de temps, il peut justifier cette perte de revenus parce qu'elle est compensée par les fonds provenant des donateurs.

Un autre avantage offert par l'assistance hors-projet est qu'elle maintient certaines questions ouvertes pour un débat national. Au Niger, une conférence nationale a été organisée pour discuter des questions liées au financement du secteur de la santé. Bien qu'il soit raisonnablement simple de proposer des réformes, on est moins sûr de leur exécution ou de leur impact. Il s'agit donc de lier la réforme à l'impact pour assurer que les réformes produisent les résultats désirés. Dans le cadre des réformes politiques, il est nécessaire d'obtenir l'appui de toutes les institutions concernées, c'est-à-dire d'obtenir l'appui de tous les protagonistes sur la scène politique et non pas seulement dans le secteur de la santé. Il est fréquent que l'on souhaite accomplir des réformes fondamentales hors du secteur de la santé, mais il est indispensable d'avoir recours à tous les mécanismes disponibles pour les discussions et négociations qui doivent avoir lieu.

5.3 CAS ÉTUDIÉS PAR LES GROUPES DE TRAVAIL SUR LES PROJETS DE SUIVRE L'ENFANT, PLANIFICATION FAMILIALE, ET SIDA/VIH AU SÉNÉGAL, AU NIGER ET EN GUINÉE-CONAKRY

Des groupes de travail se sont formés pour étudier les facteurs de pérennité de la survie de l'enfant, de la planification familiale et des projets de lutte contre le SIDA (VIH) au Sénégal, au Niger et en Guinée.

Fatimata Sy, de l'USAID/Dakar, a évoqué le projet de survie de l'enfant et de planification familiale au **Sénégal**. L'objectif principal de ce projet est de renforcer l'espacement des naissances en particulier en faisant connaître l'emploi des contraceptifs modernes. Il existe deux axes d'intervention :

Appui institutionnel. Il s'agit de renforcer la décentralisation au moyen d'un processus préconisé et défini dans le cadre d'une politique nationale de santé signée en 1989 par le gouvernement. La décentralisation a lieu avec l'appui technique et financier des bailleurs de fonds. Il est prévu de réactiver le comité de suivi de décentralisation de sorte qu'on puisse entamer le processus de gestion décentralisée. Les membres du comité regroupent tous les services centraux du Ministère. Des bailleurs de fonds se spécialisant dans la planification de la santé et les programmes de santé fournissent les directives nécessaires pour entamer le processus de décentralisation dans 45 circonscriptions sanitaires de tout le Sénégal. Le comité doit fournir l'assistance technique, le suivi des activités, le contrôle de la qualité, l'évaluation périodique et la mise à jour annuelle des plans de développement sanitaires. Des activités de formation visant à renforcer les capacités de gestion aux différents niveaux du système de santé, c'est-à-dire central, régional et de district sont également prévues.

Programme de SMI et de PEV. Le Sénégal a fait un gros effort dans le domaine de la planification si bien qu'il existe maintenant des programmes nationaux de SMI. Dans le cadre des programmes SMI et PEV, on vise trois interventions spécifiques : appui au programme national de planification familiale, appui au programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques, et appui

au programme national de nutrition qui comprend l'allaitement maternel exclusif. Les consultations du PEV, prénatales et post-natales seront soutenues essentiellement par la formation, la supervision et les dotations de moyens de travail. En ce qui concerne la planification familiale, on fournira un appui dans certains domaines s'intégrant dans le programme national afin d'améliorer la qualité des soins et l'accès aux services. On développera des activités pilotes et on leur donnera plus d'expansion pendant l'exécution du projet : activités de marketing social, et de distribution communautaire de préservatifs. Pour accroître la demande de services de planification familiale, on développera des activités IEC, on préparera des manuels techniques et on envisagera d'avoir recours aux média. On mettra à la disposition des leaders communautaires des activités d'information et d'éducation par l'intermédiaire de programmes planifiés d'après les présentations rapides.

Lamarana Diallo, d'AGBEF, a évoqué le projet SMI en **Guinée-Conakry**. Depuis 1986, le Ministère de la santé publique et des affaires sociales a un programme PEV, de soins de santé primaires et de médicaments essentiels. L'AGBEF a également mis en place certaines structures connexes dont des modèles cliniques. Des bailleurs de fonds comme le PNUD et la Banque mondiale assurent un appui financier alors que l'IPPF et l'USAID soutiennent l'AGBEF par l'intermédiaire d'une ONG américaine, Population Services International (PSI). Il n'y a donc aucune intervention directe des bailleurs de fonds dans les projets en Guinée. Il est important de noter que la Guinée a adopté une politique démographique qui encourage une augmentation de l'utilisation des contraceptifs qui doit passer du niveau actuel de 5 pour cent à 25 pour cent en l'an 2010.

Lors d'un séminaire où se sont retrouvés des représentants des organisations de bailleurs de fonds, du Ministère de la santé et des ONG locales, on a discuté de plans initiaux pour mettre au point le cadre d'un programme national et un accord a été atteint certains principes. Il est important que les bailleurs de fonds respectent les principes qu'adoptent des pays. En plus de la prestation de services de planification familiale, ce programme considère que l'environnement dans lequel ces services ont lieu est très important. Ainsi, les activités complémentaires comprennent le marketing social des préservatifs, l'intégration de la planification familiale aux soins de santé primaires de base, la lutte contre le SIDA, l'appui institutionnel à l'AGBEF et l'appui aux enquêtes démographiques et sanitaires (DHS). Ce programme intégré sera appliqué à deux régions couvrant 15 des 33 préfectures du pays, et 64 centres de santé, dont 50 ont déjà été touchés. L'intégration du programme ne sera pas exécutée au hasard.

Un principe inviolable du gouvernement guinéen est celui du respect de la gestion communautaire. À chaque centre de santé, les recettes obtenues par la vente des contraceptifs sont enregistrées de façon à ce qu'au moment des visites de supervision, ces montants puissent être vérifiés. Il sera possible éventuellement de savoir quelles activités de planification familiale sont prioritaires. Il a été décidé de mettre à la disposition du personnel de santé une formation en gestion, technologie des contraceptifs et IEC. On déterminera quel domaine de la planification familiale peut être intégré dans l'enveloppe existante des soins de santé primaires. On étudie actuellement la tarification à appliquer. Les consultations données par l'AGBEF sont gratuites mais toute cliente demandant une contraception doit verser 1 000 francs. Ce tarif donne aux clientes le droit de recevoir un carnet de rendez-vous, une fiche pour son dossier individuel et trois mois de contraceptifs. Pour l'instant, on demande 600 francs pour la pilule et 1 000 francs pour le DIU.

M. Diallo a souligné l'importance de l'examen du volume des recettes accumulées grâce au recouvrement des coûts. On y fait soigneusement attention parce qu'aux centres de santé, ces recettes doivent couvrir les coûts d'IEC et le rachat des produits et outils de gestion. De cette façon, on garantira la pérennité du financement des centres de santé.

On a discuté d'un nouveau projet d'intégration des services de SMI et de planification familiale au Niger. Il est prévu que ce projet commencera en 1995 et se poursuivra jusqu'en 2001 ou 2002. Ce projet concerne les réformes institutionnelles et administratives ainsi que la politique sanitaire. Le but du projet est de favoriser une amélioration de la situation sanitaire de la population en général et d'aider le pays à appliquer une politique sanitaire appropriée aux ressources de l'État et au taux de croissance de la population. Un second objectif du projet est d'améliorer la qualité, l'accessibilité et le développement des programmes de planification familiale et de SMI en décentralisant les activités de santé et grâce à la collaboration du secteur privé. La qualité du personnel de santé sera améliorée par des programmes de formation. Des équipes sanitaires villageoises contrôleront l'intégration des activités de santé et de SMI/PF. On fera un effort au sein du Ministère pour renforcer les capacités de conception de stratégies d'IEC. On renforcera également les capacités de planification et de gestion aux niveaux central et local.

6.0 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS : CINQUIÈME JOURNÉE

Conclusion et suivi

- Impact de la dévaluation du franc CFA sur le secteur de la santé
- Résultats de l'enquête sur les priorités de la recherche
- Compte-rendu de l'atelier : enseignements à tirer

6.1 IMPACT DE LA DÉVALUATION DU FRANC CFA SUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Le Directeur technique de HFS, Marty Makinen, a fait un exposé sur la dévaluation récente du franc CFA dans lequel il a mis en lumière les conséquences que l'on pouvait prévoir pour le secteur de la santé. Les participants à l'atelier s'inquiétaient des répercussions néfastes que la dévaluation de la monnaie aurait sur eux et sur leurs pays.

Parmi les facteurs qui sont à l'origine de la dévaluation, il faut citer :

- Une diminution des revenus par habitant des pays de la zone CFA de 40 pour cent entre 1986 et 1992, comparée à une augmentation de 4,5 pour cent pendant cette même période dans le reste de l'Afrique;
- Les recettes de l'État dépendent du commerce international;
- Le salaire d'un fonctionnaire, qui est de six à dix fois le produit national brut par habitant en Afrique est de deux fois le produit national brut par habitant en France, aux États-Unis ou au Maroc;
- La détérioration des termes de l'échange;
- Le renforcement du franc français depuis 1985;
- Le manque de compétitivité (le thon sénégalais, l'huile de palme en Côte d'Ivoire);
- Les effets de l'ajustement structurel (par exemple les réductions du nombre et des traitements des fonctionnaires et la diminution des investissements);
- Le glissement des balances commerciales avec la France caractérisé par une diminution de 12 pour cent des exportations vers la France entre 1970 et 1990 et une réduction connexe de 13 pour cent des importations en provenance de la France;
- L'opinion de l'Union monétaire européenne selon laquelle il faudrait repenser la coopération monétaire.

On peut s'attendre comme conséquences générales de la dévaluation à des augmentations du coût des biens importés, des recettes fiscales et de l'inflation (estimée à entre 40 et 70 pour cent), en plus d'une injection supplémentaire de crédits du Fonds monétaire international (FMI) et de la Banque mondiale. Pour le secteur de la santé, on peut prévoir les conséquences suivantes :

- Comme 90 pour cent des produits pharmaceutiques sont importés, les dépenses d'acquisition vont augmenter en conséquence;
- La Banque mondiale a estimé les besoins supplémentaires de médicaments importés à
  - 30 millions de dollars;
  - 225 nouveaux francs CFA par personne;
  - 0,2 pour cent du revenu par habitant (US$200).
  - 0,75 pour cent du revenu par habitant pour ceux dont le revenu est inférieur à un quart du revenu moyen;
- besoin d'ajustement à moyen terme;
- secteur privé :
  - pas de contrôle des prix;
  - pas de double escompte.
- utilisation accrue des structures de santé publique;
- capacité de payer des soins de santé à long terme :
  - augmentation dans les zones rurales;
  - diminution dans les zones urbaines.
- accroissement des coûts de :
  - supervision;
  - stratégie avancée;
  - évacuation;
  - chaîne frigorifique (réfrigération continue pour les vaccins et les médicaments).
- pressions budgétaires.

Certaines mesures et certains facteurs peuvent atténuer l'impact de la dévaluation :

- prix d'achat compétitifs;
- assistance des bailleurs de fonds en temps opportun;
- réduction des droits et marges d'importation;
- nouveau capital pour racheter des médicaments importés;
- économies réalisées grâce aux projets financés par les bailleurs de fonds; et
- fortes possibilités de payer des salaires.

6.2 PRIORITÉS DANS LA RECHERCHE APPLIQUÉE : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES PARTICIPANTS

Hugh Waters, Consultant de HHRAA, a présenté les résultats de l'enquête des priorités de recherche distribuée aux participants de l'atelier. Il a rappelé l'utilité de ces résultats pour le programme de travail de HHRAA. Le tableau ci-dessous donne par ordre les 19 thèmes de recherche proposés. La dernière colonne compare le classement de l'atelier à celui d'un groupe consultatif de HHRAA à Washington en janvier 1994.

Thèmes de recherche proposés pour le projet HHRAA : Comparaison du classement des participants de l'atelier REDSO de février 1994 pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale avec celui des participants de la réunion du groupe consultatif de janvier 1994 à Washington

RANG Saly	POINTS Saly	Thème	Rang à Washington
1	128	Comment identifier les couches pauvres de la population? Comment s'assurer que les indigents ont accès aux hôpitaux régionaux?	--
2	120	Étude croisée entre les pays de l'autonomie des hôpitaux, y compris les effets sur l'affectation du budget du Ministère, la qualité et l'efficacité	1
3	110	Étude des facteurs (financier, sociologique, culturel, traditionnel) influençant les préférences des consommateurs pour différentes sources de soins (modernes vs. traditionnels, soins autonomes, privés, etc.)	8 ex æquo
4	107	Guérisseurs traditionnels : quels sont les facteurs déterminant la demande de services des guérisseurs? Quels sont les coûts par rapport à ceux du secteur moderne?	--
5	104	Mettre à l'essai diverses méthodes d'assurance-maladie; évaluer différents régimes.	15
6	102	Recherche sur les dépenses publiques et privées de santé (méthode des comptes nationaux de santé)	11
7	99	Étude de cas sur la mise en oeuvre du paquet de services de base économiques et expériences de la décentralisation.	8 ex æquo
8	85	Quels sont les facteurs et processus politiques influençant l'affectation des ressources, quelles sont les contraintes empêchant une affectation efficace?	14

9	82	Étude des implications des différents types de décentralisation sur l'efficacité, l'équité et la qualité.	2
10	80	Évaluation de l'efficacité et de l'efficience des divers systèmes traditionnels de solidarité d'assurance et de partage de risques.	--
11	73	Études de cas des tests des moyens financiers/ systèmes d'exonération.	6 ex æquo
12	65	Étude de l'expérience des ONG en matière d'amélioration de l'efficacité, de la fixation des prix des services, de la qualité et des tests de moyens	6 ex æquo
13	60	Quels sont les effets des diverses méthodes de mobilisation de ressources sur les recettes, l'équité et l'efficience?	4
14	58	Étude croisée des méthodes d'application des mesures de financement de la santé selon les pays - non pas seulement l'explication des méthodes mais aussi leur fonctionnement.	-13
15	57	Comment encourager le secteur pharmaceutique à promouvoir les objectifs sanitaires publics (marketing social)?	-
16	40	Concevoir des stimulants pour les agents de santé et les gestionnaires de systèmes de santé pour tirer le meilleur parti possible des ressources au plan technique.	3
17	36	Évaluation des initiatives de formation et de renforcement des capacités, y compris des méthodes à court et à long terme.	12
18	34	Études de cas du renforcement institutionnel dans différents pays (y compris l'équipe multidisciplinaire au Niger); réussites et échecs. Étude des expériences naturelles de renforcement des institutions.	5
19	28	Études CAP des consommateurs concernant l'ensemble de services de base; influence sur l'état sanitaire et le comportement personnel.	10

6.3 SYNTHÈSE DES TRAVAUX

Laurentine Bihina, Inspecteur comptable et Directrice adjointe du Budget au Ministère camerounais de la santé publique, a présenté une synthèse de l'atelier au nom de tous les participants.

Du 14 au 18 février 1994 s'est tenu à Saly Savana au Sénégal un atelier international sur le financement et la pérennité de la santé en Afrique. Cet atelier a regroupé des participants du Cameroun, de la Côte d'Ivoire, du Bénin, du Burkina Faso, du Mali, du Togo, de la Guinée, du Niger, du Tchad, de la République Centrafricaine et du Sénégal.

L'encadrement technique a été assuré par les institutions de recherche suivantes :

REDSO/Abidjan; HFS/États-Unis d'Amérique; Banque Mondiale; UNICEF; HHRAA/États-Unis d'Amérique; SÉNÉCI/Sénégal

L'objectif principal de l'atelier était de trouver les voies et moyens appropriés pour assurer la pérennité des projets de santé financés par les gouvernements et les bailleurs de fonds au profit des populations. Pour cela, l'atelier a défini les objectifs spécifiques ci-après :

1. mise à jour des connaissances,
2. échange d'expériences entre pays,
3. renforcement de l'expertise en matière de conception de programmes et de projets de santé durables,
4. approfondissement des questions de recherche sur les politiques de financement de la santé.

Au cours des travaux, des études de cas portant sur le Sénégal, le Cameroun, le Niger, le Burkina Faso, le Bénin, le Mali et la Guinée ont été présentées. À la lumière des débats, les constats et recommandations suivants ont entre autres été retenus.

1. Participation communautaire :
   Les communautés acceptent de contribuer à la prise en charge des frais liés aux soins et parfois au fonctionnement selon leurs niveaux de revenus.

2. Généralisation de la politique de médicaments essentiels.

3. Gestion locale de fonds :
   Elle contribue à l'amélioration de l'efficience des services de santé et constitue un stimulant pour le personnel de santé et la communauté.

4. Mise en place progressive du médicament :
   Le médicament, élément primordial de pérennité du financement est cependant menacé par la faiblesse des structures nationales d'approvisionnement et la dévaluation du francs CFA.

5. Gestion du recouvrement des coûts :
   La pérennité de ce recouvrement est liée au développement de la formation des intervenants, des outils de gestion uniformes et des codes de procédures.

6. Partenariat :
La prise de conscience est générale sur les notions de partage des coûts entre l'État, la communauté et les bailleurs de fonds.

7. Indigence, équité et recouvrement des coûts :
La prise de conscience est générale quant à la nécessité d'assurer la prise en charge des indigents dans le recouvrement des coûts, tant en milieu rural qu'en milieu urbain.

8. Implication du secteur privé santé :
Son rôle devrait être plus important dans l'amélioration de la couverture et le financement de la santé, l'État ayant montré ses limites dans ce domaine. En effet, son application permettrait une prise en compte de tous les acteurs de l'offre globale de soins.

9. Efficience :
La minimisation des coûts des soins rendus doit cependant tenir compte de la qualité et de l'accessibilité aux soins par les demandeurs.

10. Réallocation rationnelle des ressources :
Il est urgent de réexaminer l'allocation des ressources destinées au secteur santé et d'accorder plus d'autonomie de gestion aux hôpitaux.

L'objectif des gouvernements étant d'utiliser ces stratégies dans l'élaboration des projets et programmes de santé, l'atelier a tenu compte dans l'analyse de trois projets au stade de l'élaboration ou d'exécution. Il s'agit des projets bilatéraux avec l'USAID et les gouvernements du Niger, du Sénégal et de la Guinée.

Dans le cas du **Niger**, on a proposé les suggestions et recommandations suivantes en ce qui concerne le secteur privé, la participation communautaire et l'assistance technique.

1. Le secteur privé doit adhérer au cadre strict d'objectifs du Ministère de la santé. Il faudra prendre certaines précautions pour assurer que les groupes du secteur privé qui jouent un rôle actif dans le secteur de la santé ont un certain calibre. Il faudra aussi mettre en place un système efficace de supervision de ces organisations publiques.

2. Assurer que la communauté participe à la fixation des tarifs et autres modes de paiement.

3. Rationnaliser l'utilisation de l'assistance technique et promouvoir l'expérience nationale.

Pour ce qui est du **Sénégal**, l'atelier a fait les suggestions et recommandations suivantes :

1. Veiller au transfert effectif des compétences des assistants techniques aux cadres nationaux.

2. Intégrer les services de planification familiale/santé maternelle et infantile au recouvrement des coûts.

3. Standardiser les services de planification familiale/santé maternelle et infantile dans tous les centres.

4. Intégrer la distribution de contraceptifs aux circuits de distribution de la pharmacie nationale d'approvisionnement.

5. Assurer l'appui à la formation, la supervision et le système d'information aux fins de gestion pour la pérennité du projet.

6. Assurer la décentralisation-déconcentration effective (transfert des ressources et des responsabilités).

7. Intégrer la planification familiale dans le paquet minimum d'activités des postes de santé.

8. Organiser et renforcer la participation communautaire.

9. Envisager la possibilité du recouvrement des coûts des produits contraceptifs.

10. Élaborer un plan de pérennité du projet entre l'USAID et le gouvernement.

Dans le cas de la **Guinée**, on trouvera ci-dessous les recommandations et suggestions proposées par les participants :

1. Faire participer des ressortissants du pays à la gestion du marketing social pour assurer la pérennité après le départ des ONG étrangères.

2. Renforcer la supervision et la formation du personnel des centres de santé. Il est nécessaire de prévoir comment protéger les indigents lors de la fourniture des services de planification familiale. Ceci n'avait pas été fait auparavant.

3. Assurer la souplesse des tarifs.

4. Améliorer les procédures de suivi et de transferts. On a noté que s'il y avait une augmentation du nombre de premières visites, les taux de retour n'étaient pas bons.

5. Ajuster l'approvisionnement en médicaments pour éviter les ruptures de stocks.

6. Renforcer le programme d'information, éducation et communication.

7. Agrandir les autres centres de santé étant donné qu'ils doivent couvrir environ soixante communautés au lieu de cinquante comme auparavant.

Pour ce qui est de l'identification des besoins en matière de **recherche** dans le domaine du financement et de la pérennité de la santé, l'atelier a retenu les thèmes prioritaires suivants :

1. Identification et prise en charge des indigents.

2. Étude de l'autonomie hospitalière dans divers pays, notamment effets sur l'octroi du budget du Ministère de la Santé, la qualité et l'efficacité des services.

3. Facteurs déterminants de la demande des services des tradi-praticiens : coûts par rapport au secteur moderne.

4. Test des approches opérationnelles pour l'assurance-maladie, évaluations des différents plans d'assurance.

5. Recherche sur les dépenses sanitaires publiques et privées (approche des comptes sanitaires nationaux).

6. Études de cas sur la mise en oeuvre d'un ensemble de services fondamentaux efficaces par rapport aux coûts et expériences en matière de décentralisation.

7. Facteurs et processus politiques influençant l'octroi de ressources.

8. Étude des implications sur les plans efficacité, équité et qualité des différents types de décentralisation.

9. Évaluation de l'efficacité des différents systèmes traditionnels de prévoyance et mutuelles.

10. Étude des facteurs influençant les préférences du consommateur face à différentes sources de soins (modernes ou traditionnels, privés, auto-médication).

En conclusion, les participants retournent dans leurs pays respectifs pleins de nouvelles idées pour améliorer le financement et la pérennité du secteur sanitaire. Ceci permettra de tendre beaucoup plus vers la santé pour tous en l'an 2000.

6.3.1 SUIVI

Les participants ont indiqué qu'ils avaient l'intention de mettre en oeuvre de façon concrète les recommandations de l'atelier dont :

- Passer en revue les manières d'assurer des services de santé aux pauvres dans le cadre du recouvrement des coûts;
- Recueil d'informations à l'intention des décideurs comme base de développement d'un programme de recouvrement des coûts;
- Conception et réalisation de tests pilotes;
- Organisation d'un séminaire national pour un échange de vues sur le financement et la pérennité de la santé;
- Réévaluation des activités en cours pour assurer que l'on tient compte des préoccupations exposées pendant l'atelier;
- Discussions avec des collègues sur les recommandations et propositions de l'atelier en matière de recherches futures;

- Réexamen du choix et des modes de financement de la santé au plan des stratégies et mécanismes; meilleure diffusion des résultats des activités en cours; et
- Recherche sur les systèmes d'assurance-maladie.

6.3.2 ALLOCUTION DE CLÔTURE PRONONCÉE PAR UN REPRÉSENTANT DU MINISTÈRE SÉNÉGALAIS DE LA SANTÉ

Je voudrais, Mesdames et Messieurs, réitérer les regrets sincères de Monsieur le Ministre de la santé et de l'action sociale avant de lui prêter ma voix.

Monsieur le Représentant de l'Agence pour le développement international,
Monsieur le Représentant de REDSO/Abidjan,
Monsieur le Représentant de HFS, Abt Associates,
Mesdames et Messieurs les bailleurs de fonds représentant les organisations internationales et agences de coopération bilatérale et multilatérale,
Honorables Invités,
Mesdames et Messieurs les participants,

Nous voilà au terme de nos travaux relatifs au financement et à la pérennisation de la santé et je suis persuadé que ces jours durant ont été pour vous des moments d'intense travail et d'énormes sacrifices. Vous avez examiné pendant votre séjour, les politiques et les stratégies de financement de la santé en Afrique sub-saharienne, dressé les bilans de la situation actuelle et défini la portée et les objectifs de la pérennisation de la santé ainsi que les stratégies de cette pérennisation. Vous avez également établi le rôle de la collaboration secteur privé, secteur public, dans les prestations de soins et fait une présentation des expériences de financement de la santé dans nos différents pays. Vous avez finalement abouti à la conception de stratégies de pérennisation de la santé. A la suite de l'examen de ces différentes questions, vous avez formulé des recommandations, qui, je le constate, sont fort pertinentes et que nos différents pays, j'en suis convaincu, ne manqueront pas d'exploiter judicieusement. Nous disposons, avec les conclusions de cet atelier, d'une masse d'informations qui nous aideront, non seulement à appréhender la question du financement de la santé, mais également à établir l'articulation financement et pérennisation de la santé.

Vos conclusions nourriront sans nul doute l'exécution de nos programmes et les stratégies de financement mises en places ou à mettre en place dans un avenir très proche. A ce sujet, je dois rappeler la mise en place d'un comité de pilotage chargé entre autre de mettre en oeuvre des expérimentations de financement de la santé, dans deux régions pilotes : Kaolack et Thiès. Ces expérimentations devraient à terme alimenter l'élaboration d'une alternative de financement de la santé, à titre illustratif par rapport au budget que l'État alloue au secteur de la santé. Nous avons d'autres sources de financement telles que la politique de médicaments essentiels, la participation des populations, ainsi que celle des collectivités locales pour n'indiquer que celles-là. Malgré ces efforts louables consentis par l'État, les démembrements de l'État tels que les collectivités locales et les populations, un soutien est toujours fort attendu des bailleurs de fonds et agences de coopération bilatérale et multilatérale. Et, eu égard aux expérimentations que mon département envisage de mettre en oeuvre, votre soutien technique, matériel et financier serait d'un apport appréciable.

Je voudrais profiter de cette opportunité pour remercier chaleureusement l'ensemble des bailleurs de fonds et représentants d'organisations internationales et agences de coopération bilatérale et multilatérale. Mes remerciements vont également à HFS, Abt Associates, pour l'assistance technique fournie à nos différents programmes de santé. Je félicite naturellement, l'ensemble des participants, pour le travail de qualité qui a été abattu et la réflexion féconde qui a été menée.

Je voudrais adresser en particulier, une motion toute particulière à l'Agence des États-Unis pour le développement international pour le soutien constant et précieux qu'elle ne cesse d'apporter à nos différents pays. Je souhaite, enfin, que cet atelier sous-régional aboutisse, si ce n'est déjà fait, à la création d'un réseau africain qui serait un creuset pour échanger des informations et des expériences dans nos différents pays en matière de financement et de pérennisation de la santé au moment où l'intégration africaine est d'actualité. Ce réseau serait inévitablement un instrument efficace de pérennisation de la santé dans la sous-région. En vous souhaitant un bon retour dans vos pays respectifs, et en vous réitérant toute ma confiance et mes remerciements, je déclare clos l'Atelier sur le financement et la pérennisation de la santé.

Je vous remercie de votre attention. La séance est levée.

Alioune Mbaye
Ministre de la santé

APPENDICE A : RÉSUMÉ DES ÉVALUATIONS ET SUGGESTIONS DES PARTICIPANTS POUR DES ATELIERS À VENIR

CONTENU TECHNIQUE

Chaque participant qui a rempli un formulaire d'évaluation a noté que la qualité globale de l'atelier et de ses intervenants était soit bonne soit excellente. Par contre, ils ont déclaré en général que :

- Le programme était trop ambitieux, les thèmes étudiés coïncidaient bien avec les préoccupations actuelles mais qu'il aurait fallu consacrer davantage de temps aux discussions.
- Il faudrait que des représentants du secteur privé assistent aux futures discussions.
- Il faudrait inclure davantage de présentations et de discussions sur le rôle du secteur sanitaire traditionnel et supprimer nombre d'introductions et de présentations de projets et de programmes basés à Washington.
- Les planificateurs doivent prévoir davantage de temps de préparation pour que les consultants techniques aident les intervenants des divers pays à mettre au point et produire, si nécessaire, les documents qu'ils vont présenter.
- Les séances de travail en petits groupes étaient très pratiques et ce format a été le plus utile pour l'échange d'expériences et le plus populaire de tous les formats de la réunion; il faudra en prévoir davantage dans les futurs programmes et qu'elles aient lieu plus tôt. Les présentations d'études de cas ont également été bien accueillies.
- L'établissement de la liste des priorités de recherche est un exercice très utile pour la planification.
- Les questions considérées parmi les plus utiles et les plus pertinentes comprennent les discussions sur la manière de protéger les indigents, le recouvrement des coûts, la collaboration entre secteur public et secteur privé, et des exposés sur les effets de la dévaluation du franc CFA.
- Les participants préfèrent recevoir, dans la mesure du possible, les textes complets des présentations plutôt que des résumés où une copie des projections.

LOGISTIQUE

Pour aider les organisateurs des futurs ateliers, nous avons décrit ci-dessous les arrangements faits par SENECI pour préparer l'atelier de REDSO. Les suggestions pour les futures conférences sont basées en grande partie sur des renseignements recueillis dans les formulaires d'évaluation préparés par SENECI et distribués aux participants de l'atelier.

Communications avec les participants avant l'atelier

Étant donné les difficultés de communication inévitables qui existent entre certains pays, il est conseillé aux organisateurs d'ateliers de retenir une personne qui servira de contact dans chacun des pays envoyant des représentants à l'atelier. Cette personne coordonnera les arrangements de voyage, le transfert des indemnités journalières, la soumission des présentations écrites ou des brochures, etc.

Arrangements contractuels avec les sous-traitants

Les retards de la signature des contrats et du décaissement des fonds compliquent tous les efforts visant à assurer la coordination sans problèmes du programme de l'atelier.

Programme de l'atelier

La majorité des participants ont trouvé que le programme de l'atelier REDSO était excessivement long. Les futurs ateliers doivent préparer des programmes beaucoup plus ciblés qui durent moins de cinq jours.

Indemnités journalières des participants

La majorité des participants de l'atelier de REDSO ont indiqué qu'ils préféraient recevoir leurs indemnités journalières directement et payer eux-mêmes leurs frais d'hôtel.

Reproduction des documents

Dans la mesure du possible, les participants doivent soumettre une copie de leur communication au moins une semaine avant l'atelier, pour qu'elle puisse être photocopiée. Chaque participant pourrait ainsi recevoir dès son arrivée dans le pays un jeu complet d'exposés dont il pourrait prendre connaissance avant le début de l'atelier.

Liste des participants

Une semaine avant le début de l'atelier, il faut établir la liste définitive des participants, avec leur adresse exacte et leur contact téléphonique pour pouvoir émettre les billets d'avion.

Réservation d'avion

Pour pouvoir profiter des tarifs spéciaux de groupes pour les billets, il est nécessaire de savoir qui participera à l'atelier le plus tôt possible, mais il ne faut pas oublier que pour les tarifs spéciaux de groupe, les tickets ne sont préparés qu'à la dernière minute.

Arrivée et départ des participants à l'aéroport

Il est conseillé d'arranger qu'une hôtesse rencontre individuellement à l'aéroport les participants qui arrivent quelques jours à l'avance. En outre, il serait bon de prévoir un chauffeur, un mini-van et un responsable de l'aéroport pour leur faciliter les formalités de douane ainsi qu'un coordinateur pour superviser que tout ce travail est réalisé.

En plus de connaître les horaires de retour des participants à l'atelier en avance, il est conseillé que quelqu'un reste à l'aéroport pour coordonner le départ avec les responsables des douanes afin d'éviter toutes les difficultés de dernière minute que pourraient rencontrer les participants quittant le pays hôte.

Matériel au site de la conférence

Des fournitures de bureau telles que carnets, stylos, gommes, crayons, etc. ont été distribuées à tous les participants de l'atelier dans des classeurs contenant le programme et la liste des participants. En outre, du matériel a été installé dans une salle de l'hôtel servant de secrétariat (machine de traitement de texte, imprimante à laser, tableaux mobiles, projecteurs de vidéos, diapositives, micros, hauts-parleurs, magnétophone, photocopieuse et 52 rames de papier; des véhicules et un chauffeur étaient également prévus pour transporter les participants au site de la conférence et les ramener à l'hôtel.

Arrangements en matière de personnel

En plus du personnel assigné pour escorter les participants de l'atelier pendant les formalités de douane à l'aéroport, sept membres du personnel de SÉNÉCI sont restés au site de la conférence pendant toute sa durée : le directeur général de la SÉNÉCI, son adjoint, une personne chargée de l'inscription des participants, une assistante administrative/secrétaire, une hôtesse/secrétaire, un préposé à la photocopieuse et un chauffeur. Trois autres membres du personnel du siège de SÉNÉCI ont fourni un appui administratif et de secrétariat pendant les semaines précédant l'atelier et pour les activités de suivi.

APPENDICE B : PROGRAMME DE L'ATELIER

SOUS LE HAUT PATRONAGE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

PROGRAMME[2] DE L'ATELIER SUR LE FINANCEMENT ET LA PÉRENNISATION DES SOINS DE SANTÉ

Savana Saly, 14-18 février 1994

LUNDI 14 FEVRIER 1994

	(Modérateurs Bineta BA, REDSO/WCA; Marty MAKINEN, HFS)
10h00 - 10h15	Discours d'ouverture de Monsieur Julius COLES,1 Directeur de l'USAID
10h15 - 10h30	Discours de Monsieur Assane DIOP, Ministre de la Santé

PAUSE CAFÉ

CONTEXTE DE PÉRENNITÉ

	(Modérateur James SETZER, HFS Consultant)
10h45 - 11h00	Présentations, vue générale de l'Atelier, attentes des participants
11h00 - 11h30	Politiques et stratégies de financement sanitaire en Afrique sub-saharienne 1960-1993
	(Rapporteur Marty MAKINEN, HFS)
11h30 - 12h00	L'Afrique de l'Ouest et du centre : situation actuelle et bilan sur le plan du financement de la santé
	(Rapporteur Mme Bineta BA, REDSO/WCA)
12h00 - 12h30	Discussion générale et synthèse
12h30 - 13h30	Mise en place de projets de santé solides et viables en Afrique de l'Ouest/Recommandations
	(Eckhard KLEINAU, HFS Consultant)
13h30 - 14h00	Discussion générale et synthèse

DÉJEUNER

STRATÉGIES DE PÉRENNITÉ

	(Modérateur Ricardo BITRAN)
15h00 - 16h00	Définition, portée et objectifs de la pérennité **(J. SETZER)**
16h00 - 17h15	Perspectives actuelles sur les stratégies de la pérennité : Table ronde des représentants de la Banque mondiale. **(Alasane DIAWARA, Directeur des opérations), AID/WASHINGTON, AID/TCHAD, AID/REDSO)**

PAUSE CAFÉ

17h30 - 18h30	Discussion générale

---

[2] *Révision No. 2.*

MARDI 15 FÉVRIER 1994

QUESTIONS CLÉS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ POUR LA PÉRENNITÉ - PARTIE I

	(Modérateur M. MAKINEN)
08h30 - 09h30	Recherche prioritaire et des problèmes de financement de la santé et de la pérennité en Afrique **(Rapporteur Abraham BEKELE, HHRAA, Alex ROSS, Hugh WATERS)**
09h30 - 10h30	Discussion
	PAUSE CAFÉ
10h45 - 11h45	Le rôle de la collaboration des secteurs privé et public dans les prestations de soins de santé en Afrique, préparé par le Projet des données pour les décideurs **(Rapporteur A. BEKELE, Alex ROSS, Hugh WATERS)**
11h45 - 12h30	Discussion
	DÉJEUNER
	(Modérateur J. SETZER)
14h30 - 15h45	Efficacité dans les secteurs public et privé : recherche au Sénégal **(Rapporteurs R. BITRAN, B. BA)**
15h45 - 16h45	Réforme du financement hospitalier **(Rapporteur M. MAKINEN)**
	PAUSE CAFÉ
16h30 - 17h00	Expérience camerounaise en matière de soins de santé primaires et de réforme hospitalière **(Rapporteur Laurentine BIHINA)**
17h00 - 18h00	Discussion générale et synthèse

MERCREDI 16 FÉVRIER 1994

QUESTIONS CLÉS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ POUR LA PÉRENNITÉ, PARTIE II

	(Modérateur Bineta BA)
08h30 - 10h00	Rôle des prestataires de services dans le secteur privé **(Rapporteur M. MAKINEN)**
10h00 - 10h30	Discussion et questions
	PAUSE CAFÉ
10h45 - 11h30	Impact des honoraires : résultats et expériences au Niger **(Rapporteur R. BITRAN)**
11h30 - 12h15	Discussion générale et synthèse
	DÉJEUNER
	(Modérateur Abdou DIENG)
14h00 - 14h30	Le CREDESA/SSP au Bénin et le financement communautaire des soins de santé **(Rapporteur Félicien HOUNYE)**
14h30 - 15h30	Impact et résultats de l'Initiative de Bamako **(Rapporteur Rudolph KNIPPENBERG)**
15h30 - 16h00	Expérience de l'Initiative de Bamako en Guinée **(Rapporteur Lamarana DIALLO, Coordinateur national/AGBEF, Mohamed L. TOURE)**
	PAUSE CAFÉ
	(Modérateur Abdou DIENG)
16h15 - 16h45	L'impact des redevances des utilisateurs au Mali **(Rapporteur Salif COULIBALY)**
16h45 - 17h15	Projet pilote Boulgou au Burkina Faso **(Rapporteurs A. BEKELE, B. BA, I. IBRANGO, B. BASSAME, P. COMBARY)**
17h15 - 18h30	Discussion générale et synthèse

JEUDI 17 FÉVRIER 1994

CONCEVOIR DES STRATÉGIES POUR LA PÉRENNITE

	(Modérateur Perle COMBARY)
08h30 - 09h15	Test des moyens pour le recouvrement des coûts des services de santé des pays en développement **(Rapporteur M. MAKINEN)**
09h15 - 10h45	Table ronde sur l'assistance hors projet et les préalables de la Banque mondiale (Représentant de REDSO/Afrique de l'Ouest, Banque mondiale, un Représentant de pays et un Représentant de HFS)
10h45 - 11h00	PAUSE CAFÉ
11h00 - 13h00	Travaux de groupe pour échanger des idées pour concevoir des réformes durables dans le secteur sanitaire

DÉJEUNER

ÉTUDES DE CAS SUR LA PÉRENNITÉ

	(Modérateur O. KANE)
14h30 - 16h30	Introduction aux études de cas et directives pour le travail de petits groupes **(Rapporteurs L. DIALLO, O. KANE, F. SY)**
16h30 - 17h30	Travail en petits groupes sur les projets de survie de l'enfance, de planification familiale et de SIDA/VIH au Sénégal, au Niger et en Guinée
17h30 - 18h30	Présentations des petits groupes Discussion générale et synthèse

VENDREDI 18 FÉVRIER 1994

CONCLUSIONS ET SUI'/I

	(Modérateur F. SY)
08h30 - 09h15	Impact de la dévaluation du franc CFA sur le secteur santé **(Rapporteur M. MAKINEN)**
09h15 - 09h30	Résultats sur les priorités de la recherche
09h30 - 10h30	Synthèse des idées courantes et des questions de recherche sur la pérennité
10h30 - 10h45	PAUSE CAFÉ
	(Modérateur B. BA)
10h45 - 11h15	Planifier un suivi de l'atelier
11h15 - 12h00	Évaluation des participants/Recommandations pour d'autres ateliers
12h00	Cérémonie de clôture sous la présidence de Son Excellence Monsieur Assane DIOP, Ministre de la santé et de l'action sociale

APPENDICE C : LISTE DES PARTICIPANTS

ATELIER SUR LE FINANCEMENT

ET LA PÉRENNISATION DES SOINS DE SANTÉ

SAVANA SALI, 14-18 février 1994

LISTE DES PARTICIPANTS

01. Madame Bineta BA
Économiste
REDSO/Abidjan
01 B.P. 1712
ABIDJAN (Côte d'Ivoire)
Tél : (225) 41 45 28

02. Dr. Jonathan BALLEY
Médecin de santé publique
B.P. 396
COTONOU (Bénin)
Tél : (229) 31 35 38

03. Dr. Brahima BASSANE
Directeur provincial de la santé
B.P. 62
TENKODOGO (BOULGOU)
(Burkina Faso)
Tél : (226) 71 01 27

04. Monsieur Abraham BEKELE
Économiste
HHRAA
AFT/ARTS/HHR
1111 North 19th St. No. 300
ARLINGTON, VA 22209 (USA)
Tél : (703) 235 5424
Fax : (703) 235 4466

05. Madame Laurentine BIHINA
Inspecteur de la comptabilité
Matières - Sous-directeur du budget
et du matériel
Ministère de la santé publique DAG
DOUALA (Cameroun)
Tél : (235) 22 57 83
Fax : (235) 22 09 65

06. Monsieur Ricardo BITRAN
Économiste - Projet HFS
Ebro 2751, Depto. 1403
Las Condes
SANTIAGO (Chili)
Tél : 562 234 3661
562 234 3661

07. Monsieur Pascal BROUILLET
Économiste, Conseiller technique
Ministère de la santé et de l'action sociale
Building administratif
DAKAR (Sénégal)
Tél : (221) 22 34 86
Fax : (221) 24 43 81

08. Dr. Matar CAMARA
Épidémiologiste
Médecin-chef Région médicale
Thiès - B.P. A92
THIÈS (Sénégal)
Tél : (221) 51 13 89

09. Madame Perle COMBARY
Sociologue
Health Financing Project Manager
OAR/Burkina
01 BP 35
OUAGADOUGOU (Burkina Faso)
Tél : (226) 30 67 26

10. Monsieur Jean-Claude CRINOT
Assistant de programme USAID
B.P. 2012
COTONOU (Bénin)
Tél : (229) 30 05 00
Fax : (229) 30 12 60

11. Monsieur Salif COULIBALY
Directeur de la planification et de la
statistique
Ministère de la santé, de la solidarité et
des personnes âgées
B.P. 232
KOULOUBA, BAMAKO (Mali)
Tél : (223) 22 48 38

12. Madame Aline CORREA
Program Specialist
c/o American Embassy
B.P. 49
DAKAR (Sénégal)
Tél : (221) 23 58 80/23 66 80

13. Monsieur Cuisinier RAYNAIL
Directeur de l'Hôpital principal
DAKAR (Sénégal)
Tél : (221) 23 27 41
Fax : (221) 23 96 80

14. Monsieur Mamadou DANFA
Professeur de santé communautaire,
Ecole de développement sanitaire et social
B.P. 5603
DAKAR (Sénégal)
Tél : (221) 23 04 02

15. Dr. Seheri Bernard DARRET
Médecin, Chargé d'étude des programmes et projets
Direction générale de la santé publique et des affaires sociales
B.P. V4
ABIDJAN (Côte d'Ivoire)
Tél./Fax : (225) 22 50 63

16. Monsieur Lamarana DIALLO
Démographe
Coordinateur national des programmes
AGBEF
B.P. 1471
CONAKRY (Guinée)
Tél : (224) 44 23 63

17. Monsieur Alassane DIAWARA
Banque mondiale
Immeuble SDIH
Place de l'Indépendance
DAKAR (Sénégal)
Tél : (226) 23 36 30

18. Monsieur Abdou DIENG
Conseiller technique
Ministère de la santé
Building administratif
DAKAR (Sénégal)
Tél : (221) 21 57 61

19. Monsieur Ibrahima GUEYE
Professeur
ENDSS
Avenue Cheikh Anta Diop
DAKAR (Sénégal)
Tél :

20. Dr. Félicien HOUNYE
Médecin - Assistant de recherche
CREDESA/SSP
B.P. 1822
COTONOU (Bénin)
Tél : (229) 30 00 01
Fax : (229) 30 12 88

21. Monsieur Issouf M. IBRANGO
Médecin de santé publique
Ministère de la santé/DEP
B.P. 7009
OUAGADOUGOU (Burkina Faso)
Tél : (226) 30 72 97
Fax : (226) 31 15 14

22. Monsieur Oumarou KANE
AID Development Assistance Specialist (Health)
USAID
B.P. 13300
NIAMEY (Niger)
Tél : (227) 73 43 63
Fax : (227) 72 38 18

23. Monsieur Djibrilla KARAMOKO
Économiste
Directeur-adjoint DEP
Ministère de la santé publique
B.P. 623
NIAMEY (Niger)
Tél : (227) 72 25 31
Fax : (227) 72 27 82

24. Monsieur R. KNIPPENBERG
Regional Health Advisor
UNICEF/WCARO
B.P. 443
ABIDJAN 04 (Côte d'Ivoire)
Tél : (225) 21 31 31
(225) 22 76 07

25. Docteur Eckhard KLEINAU
Director Program Evaluation and Information Systems
Basics Project
1925 N. Lynn St. Suite 900
ARLINGTON, VA 22209 (USA)
Tél : (703) 516 2555
Fax : (703) 525 5070

26. Monsieur Adama KONE
Médecin
Basics Project
B.P. 3746
DAKAR (Sénégal)
Tél : (221) 25 30 47
Fax : (221) 24 24 78

27. Docteur Abdoulaye LY
Gestionnaire des services de santé
Médecin-chef Région médicale de Kaolack
B.P. 300
KAOLACK (Sénégal)
Tél : (221) 41 21 43
Fax : (221) 41 31 74

28. Dr. Ngaradje NGARMADJIGAYE
Pharmacien
Directeur des établissements sanitaires
Ministère de la santé publique
B.P. 440-1221
N'DJAMENA (Tchad)
Tél : (235) 51 55 87
Fax : (235) 51 50 02

29. Madame Anita MACKIE
Économiste
General Development Officer
USAID
B.P. 413
N'DJAMENA (Tchad)
Tél : (235) 51 50 85
Fax : (235) 51 50 02

30. Monsieur Marty MAKINEN
Économiste
Projet HFS
Abt Associates, Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
BETHESDA, MD 20814 (USA)
Tél : (301) 913 0500
Fax : (301) 652 3914

31. Madame Suzanne McLEES
HFS Task Manager
c/o Abt
Management Sciences for Health
4800 Montgomery Lane, Suite 600
BETHESDA, MD 20814 (USA)
Tel : (301) 913 0500
Fax : (301) 652 3916

32. Monsieur Alioune MBAYE
Administrateur civil
DAGE/MSAS
Directeur des formations hospitalières
Ministère de la santé et de l'action sociale
Building Administratif
DAKAR (Sénégal)
Tél : (221) 22 47 03

33. Dr. Joseph NIANGUE
Sous-directeur des soins de santé primaires et des endémies
06 BP 861
ABIDJAN (Côte d'Ivoire)
Tél : (225) 32 32 06
Fax : (225) 32 39 83

34. Docteur Emmanuel NGUEMBI
Médecin de santé publique
Directeur de la santé maternelle, infantile et planning familial
B.P. 118 KM 5
BANGUI (Centrafrique)
Tél : (236) 61 68 16

35. Madame Katherine J. PATRON
Directeur Bureau Santé/Ressources humaines
REDSO/Abidjan
01 B.P. 1712
ABIDJAN 01 (Côte d'Ivoire)
Tél : (225) 41 45 28

36. Monsieur Alex ROSS
Analyste des politiques de la santé
USAID/AFR/AMS
1111 North 19th Street, Suite 300
ROSSLYN, VA 22209 (USA)
Tél : (703) 235 4453
Fax : (703) 235 4466

37. Monsieur Ramadan Malick SALEH
Chef de Projet soins de santé primaires
Direction des activités de santé
Ministère de la Santé
N'DJAMENA (Tchad)
Tél : 51 60 90

38. Monsieur Mouhsine SANT'ANNA
Directeur des affaires communes
Ministère de la santé
B.P. 245
LOMÉ (Togo)
Tél : 22 03 89

39. Monsieur Mamadou SENE
Country Advisor
Basics (Project)
B.P. 3746 - Point E
DAKAR (Sénégal)
Tél : (221) 23 30 47
Fax : (221) 24 24 78

40. Monsieur James SETZER
Coordinateur des programmes
Centre pour la santé internationale
Emory University School of Public Health
1599 Clifton Rd, NE
Atlanta, Georgia 30329 (USA)
Tél : (404) 727 3338
Fax : (404) 727 4590

41. Monsieur John STANBACK
Research Associate
Family Health International
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709 (USA)
Tél : (919) 544 7040
Fax : (919) 544 7261

42. Madame Barbara STEVENS
HFS Project Assistant
Abt Associates, Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
BETHESDA, MD 20814 (USA)
Tél : (301) 913 0500
Fax : (301) 652 3916

43. Madame Fatimata SY
Nutritioniste, Responsable
Projet santé/survie de l'enfant
c/o American Embassy
B.P. 49
DAKAR (Sénégal)
Tél : (221) 23 58 80
Fax : (221) 23 6680

44. Madame Nena TERRELL
Specialist Dissemination
Projet HFS
Abt Associates, Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Md 20814 (USA)
Tél : (301) 913 0500
Fax : (301) 652 3916

45. Monsieur Andy THOMPSON
Research Analyst
Family Planning
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC (USA)
Tél : (919) 544 7040
Fax : (919) 544 7261

46. Monsieur Hugh WATERS
Santé Publique
512 S. Charles Street
Baltimore, Md 21201 (USA)
Tél/Fax : (410) 625 9408

47. Dr. Lamine TOURE
Médecin santé publique
Directeur national des établissements de soins
B.P. 585
CONAKRY (Guinée)
Tél : 44 20 10

48. Madame Binetou YADE
Économiste
Centre de traumatologie
B.P. 270 Grand Yoff
DAKAR (Sénégal)
Tél : (221) 25 08 19
Fax : (221) 24 19 82

EQUIPE DE LA SENECI

*Madame Mary FRIEDEL

Directeur général

*Monsieur Moustapha KANE

Directeur général adjoint

*Madame Fabala BA

Secrétaire

*Madame Hélène DIAKHATE

Hôtesse / Secrétaire

*Monsieur Théodule KOFFI

Technicien (enregistrement)

*Monsieur Omar SECK

Technicien (photocopie)

ADRESSE

Résidence «Le Fromager»

16, rue de Thiong x Moussé Diop

B.P. 2969

DAKAR (Sénégal)

Tél. : (221) 21 77 33 / 22 14 25

Fax : (221) 21 48 97

RÉFÉRENCES

Bitran, Ricardo; Steven Brewster; et Bineta Ba. (1994) «Costs, Financing, and Efficiency of Government Health Facilities in Senegal» (Coûts, financement et efficience des installations sanitaires publiques au Sénégal), phases 2 et 3. Principal rapport de recherche appliquée pour le projet HFS No. 10. Abt Associates Inc. : Bethesda.

Diop, François; Ricardo Bitran; et Marty Makinen. (1994) «Economic Evaluation of Cost Recovery Pilot Tests in the Non-Hospital Sector» (Évaluation économique des tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier). Rapport technique HFS No. 16. Abt Associates Inc. : Bethesda.

Barnum, Howard et Joseph Kutzin. (1990) *Public Hospitals in Developing Countries : Resource Use, Cost, and Financing* (Les hôpitaux publics dans les pays en développement : Utilisation des ressources, coûts et financement). John Hopkins University Press : Baltimore. Abt Associates Inc. : Bethesda.

Kleinau, Eckhard; Donald Shepard; Wayne Stinson; et Ron Vogel. (1990) «Cost Recovery for Child Survival Programs : Recommendations to Build Sustainable West African Health Projects» (Recouvrement des coûts pour les programmes de survie de l'enfant : Recommandations pour la mise en place de projets durables de santé en Afrique de l'Ouest). University Research Corporation (URC) : Bethesda.

Banque mondiale (1994) «Better Health in Africa» (Amélioration de la santé en Afrique). Banque mondiale : Washington, D.C.

Banque mondiale (1993) «Rapport sur le développement dans le monde : Les investissements sanitaires». Banque mondiale, Washington. Oxford University Press : New York.