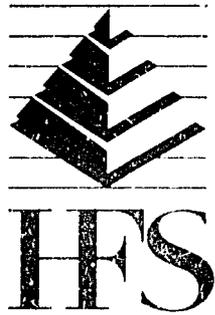


PN ARW-427  
75572



**Health  
Financing  
and  
Sustainability  
Project**

**SYNTHESE DES ETUDES RELATIVES  
AU FINANCEMENT DE LA SANTE**

**SENEGAL**

par  
Robin BARLOW  
Consultant

et

François Pathé DIOP  
Consultant

et

NGoné Touré SENE  
Consultant

Abt Associates Inc.  
Septembre 1991

**PROJET FINANCEMENT ET PERENNISATION DE LA SANTE (HFS)**

**ABT ASSOCIATES INC., Maître d'oeuvre**  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, Maryland 20814 USA  
Tel: (301) 913-0500 Fax: (301) 652-3916  
Telex: 312636

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

**A.I.D. Contract No. DPE-5984-Z-00-9026-00**

## TABLE DES MATIERES

- I. SOMMAIRE
- II. INTRODUCTION
- III. PRINCIPAUX ASPECTS ABORDES DANS LES DOCUMENTS
  - A. Le secteur de la santé en général
  - B. Les hôpitaux
  - C. Les produits pharmaceutiques
  - D. Le projet du Sine-Saloum
  - E. Le projet de Pikine
- IV. ASPECTS RELATIVEMENT NEGLIGES
  - A. Les unités de soins de santé primaires hors du Sine-Saloum et de Pikine
  - B. Les Associations pour la Promotion de la Santé (APS)
  - C. Dépenses de santé effectuées par les communes et les communautés rurales
  - D. Dépenses de santé effectuées par les consommateurs
  - E. Les prestations de services de santé du secteur privé
  - F. Les agents payeurs
  - G. Le contexte juridique et réglementaire
- V. RECOMMANDATIONS POUR DES RECHERCHES ULTERIEURES
- VI. REFERENCES
- VII. RESUMES INDIVIDUELS DES RAPPORTS EXAMINES

## I. SOMMAIRE

Au moment où le gouvernement Sénégalais étudie des plans de réforme du financement du système de santé, il semble souhaitable de passer en revue toute l'expérience déjà acquise avec les autres méthodes de financement utilisées pendant ces dernières années; une expérience qui a fait l'objet de plusieurs études dans le passé.

L'examen de ces documents a été confié à une équipe de trois consultants, lesquels ont lu et fait la synthèse des trente neuf rapports qui ont été publiés depuis 1980. Les résumés individuels de tous ces rapports sont joints au présent document.

Dans les dits documents, certains aspects du financement de la santé ont été abordés de manière assez approfondie. Parmi ceux-ci, nous noterons le financement de la santé en général et les opérations financières des hôpitaux, le système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques, et les projets de soins de santé primaires au Sine-Saloum et à Pikine.

Au nombre des aspects importants ayant été relativement négligés dans ces documents, nous notons les activités des unités de soins de santé primaires localisées ailleurs qu'au Sine-Saloum et à Pikine, les activités des associations pour la promotion de la santé, les dépenses de santé effectuées par les communes et les communautés rurales, les dépenses de santé effectuées par les consommateurs, les activités des prestataires de services de santé du secteur privé, le statut financier des agents payeurs et le contexte juridique et réglementaire régissant le financement de la santé.

Au vu des forces et des faiblesses des documents existants, la recommandation a été faite pour qu'une recherche ultérieure sur le financement de la santé soit entreprise sous forme d'enquêtes par sondage auprès des ménages et des unités de soins de santé primaires. Ces enquêtes devraient permettre de savoir jusqu'à quel point les méthodes de financement existantes contribuent à l'efficacité et à l'équité des principales composantes du système de santé au Sénégal.

Si les ressources le permettent, deux enquêtes supplémentaires devraient être menées respectivement auprès des prestataires de services de santé du secteur privé et des agents payeurs.

## II. INTRODUCTION

Le mode de paiement des soins de santé du Sénégalais est devenu assez complexe. Les éléments qui interviennent dans le système de financement de la santé sont les suivants:

- le ministère des Finances qui alloue un budget au ministère de la Santé Publique et à quelques autres ministères (Défense, Education) pour le fonctionnement des services de santé de l'Etat;
- les communes et les communautés rurales qui utilisent leurs propres fonds pour soutenir leurs services de santé;
- les cellules locales d'Associations pour la Promotion de la Santé qui sont chacune liées à un centre de santé ou à une autre unité spécifiques et perçoivent les frais de consultation des patients; les fonds ainsi collectés sont ensuite utilisés par l'unité en question;
- certaines entreprises publiques et privées qui offrent directement à leurs employés (et souvent à ceux qui sont à leur charge) des services de santé gratuits ou subventionnés, par exemple en développant en leur sein, une activité sanitaire;
- plusieurs régimes d'assurance et de formules de caisses de contribution sociale qui existent dans les entreprises publiques (C.S.S., IPRES) comme privées; une grande partie des frais est à la charge des employeurs;
- la plupart des prestataires offrent des services payants; il s'agit des hôpitaux publics (qui font tout de même une exception pour les patients indigents), des hôpitaux privés, des cliniques privées, des pharmacies et bien évidemment des tradipraticiens;
- les bailleurs de fonds étrangers, aussi bien gouvernementaux que non-gouvernementaux, lesquels offrent des fonds et une assistance technique à un certain nombre de structures choisies dans le secteur de la santé.

Par conséquent, le consommateur sénégalais finit par payer les services de santé qui lui sont offerts en recourant à une association d'impôts locaux et nationaux, de cotisations de sécurité sociale, de fonds collectés par les associations pour la promotion de la santé, et de paiements directs aux prestataires.

Le système de financement de la santé actuellement utilisé ne satisfait pas tout le monde, au contraire. Les allégations de fraude, de mauvaise gestion et d'irrationalité sont légion. Les soins de santé offerts par ce système sont souvent de qualité inférieure, et inégalement répartis. Certains sont d'avis qu'un changement du système de financement pourrait concourir à une grande amélioration de la qualité et de l'équité des soins à offrir.

Au moment où l'Etat étudie des propositions de changement du système de financement de la santé, il semble primordial d'identifier les éléments de ce système complexe qui fonctionnent correctement et ceux qui fonctionnent mal. Dès lors, un programme de recherche s'impose. Pourtant beaucoup de recherches ont déjà été faites sur le système, il semble souhaitable de passer en revue les résultats de ces recherches antérieures avant de passer à la collecte de nouvelles données.

Le présent projet a pour objectif de procéder à une telle analyse. Une équipe de trois consultants a été engagée aux fins de réexaminer et de faire la synthèse des études relatives au financement de la santé au Sénégal depuis 1980. Pour ce faire, l'équipe a identifié et examiné au total 39 rapports pertinents. Les résultats de ces travaux sont adjoints au présent document.

L'examen des études antérieures a montré, comme on pouvait s'y attendre, qu'il y avait certains aspects du financement de la santé qui avaient été abordés de manière bien approfondies, alors que d'autres avaient été relativement négligés. Les aspects ayant été abordés de manière approfondie sont examinés ci-dessous au chapitre III. Les aspects négligés sont examinés chapitre IV et les recommandations pour une recherche ultérieure sont données chapitre V.

### III. LES PRINCIPAUX ASPECTS ABORDES DANS LES DOCUMENTS

#### A. LE SECTEUR DE LA SANTE EN GENERAL

Toutes les études faites dans les dix dernières années ont essayé de donner un tableau général de la situation du financement de la santé au Sénégal. Dans ce tableau figurent normalement les dépenses globales du ministère de la Santé Publique, ainsi que ses relations avec le budget général de l'Etat, la ventilation de cet agrégat en quelques principales composantes (i.e hôpitaux, services itinérants) et quelques données globales sur les opérations financières des agents payeurs et des prestataires de services de santé du secteur privé. Les rapports de Dumoulin et Lagace (1990), Mashayekhi (1981), Vours (1991), Vogel (1988) et de la Banque Mondiale (1982, 1991a et 1991b) sont au nombre des exemples. Certaines de ces sources renseignent sur les variations des dépenses de santé sur une certaine période. Ici, la conclusion frappante que toutes les études partagent c'est le désintéressement de l'Etat du secteur de la santé, du moins tel qu'il ressort de la part du budget national alloué au ministère de la Santé Publique.

L'étude de Vours (loc. cit.) reste la tentative la plus complète et la plus détaillée pour bien comprendre le système de financement de la santé au Sénégal. Ses résultats sont présentés sous forme matricielle simple, avec les prestataires de services de santé (hôpitaux, services itinérants, pharmacies, etc...) sur des lignes différentes et les sources de financement (Etat, employeurs, compagnies d'assurances, etc...) dans des colonnes différentes. Ainsi, chaque case renseigne sur la dépense effectuée par une source spécifique de financement pour un service de santé donné.

Vours fait remarquer que la plupart des cases ne renseignent pas sur l'importance des flux d'investissement, même de manière approximative. Néanmoins son tableau, étant donné l'éclairage qu'il donne sur les sources et les

utilisations des fonds du secteur de la santé, constitue logiquement un bon cadre permettant d'identifier les domaines où les données sont insuffisantes.

## B. HOPITAUX

La production, la consommation et le financement des hôpitaux au Sénégal ont fait l'objet de plusieurs études. Une étude globale relative aux principaux hôpitaux du pays a été faite par VAURS et LECHUGA (1991). Dans cette étude, une partie est relative à des données que l'on rencontre rarement : les arriérés d'une compagnie d'assurances vis-à-vis d'un hôpital de Dakar. CISSOUMA (1991) examine différentes méthodes d'évaluation des coûts de plusieurs sortes de traitement hospitalier. Les coûts de maintenance des équipements et des locaux hospitaliers ont fait l'objet de l'étude de DIOUF. Une étude menée par le ministère de la Santé Publique (1987c) se fonde sur des enquêtes par sondage auprès de malades en traitement à l'hôpital et auprès des ménages en général, et offre, des hôpitaux publics, une image qui n'est généralement pas très flatteuse. Le bas niveau des salaires et la gestion défailante sont tenus pour responsables de la faible qualité du service.

DIALLO et le ministère de la Santé Publique ont étudié des méthodes de rechange pour le financement des hôpitaux. Une idée a fait l'objet d'un examen approfondi, il s'agit de l'impôt sur les salaires dont le produit sera affecté aux hôpitaux publics qui seront ainsi en mesure d'offrir une meilleure qualité de soins à leurs patients qui pour la plupart sont des indigents.

De toutes les études portant sur les hôpitaux sénégalais, il se dégage l'impression de l'existence d'une structure dualiste. Certains hôpitaux, y compris ceux qui sont dans le secteur privé, pourvoient principalement aux besoins de l'élite, ont été en mesure d'exploiter avec succès des sources de financement, et offrent des services de qualité relativement bonne. Par contre, les hôpitaux du grand public, devant satisfaire la grande masse de la population, ne reçoivent, en guise de soutien, qu'une faible part du budget national et n'ont pas été en mesure de compléter cette assistance de manière satisfaisante avec des financements provenant d'autres sources, telles les frais de consultation payés par les patients ou par les assurances. Les soins prodigués dans ces hôpitaux sont généralement d'une qualité médiocre. A l'évidence, il existe une relation de renforcement réciproque entre la qualité du service et la disponibilité des fonds, un processus qui fonctionne à l'avantage du premier groupe d'hôpitaux et au détriment du second. Le dualisme est par conséquent continuellement renforcé.

## C. PRODUITS PHARMACEUTIQUES

L'étude sur la distribution et la consommation des produits pharmaceutiques au Sénégal a été faite de manière bien approfondie. DIOP et DIONGUE (1987) en ont fait un compte rendu détaillé dans lequel ils décrivent les opérations du monopole d'Etat de la vente en gros des produits pharmaceutiques (P.N.A.) et la distribution des produits pharmaceutiques dans tout le secteur de la santé. Leur distribution dans une partie du secteur, c'est-à-dire dans les unités de soins de santé primaires du Sine-Saloum, constitue le point focal des études de HERRINGTON (1983) et de KING (1982).

De ces études, il ressort deux constantes, à savoir les fréquentes ruptures de stock concernant les produits pharmaceutiques distribués par la P.N.A. et le rôle déterminant que jouent les collectivités locales dans le financement d'un approvisionnement régulier en produits pharmaceutiques pour leurs propres postes ou cases de santé.

Deux études menées par ENDA Tiers Monde (1988, 1990) offrent une perspective différente concernant le système de distribution des produits pharmaceutiques. Deux enquêtes par sondage ont été menées auprès des malades, des médecins et des pharmaciens, la première au Cap-Vert et la seconde à Diourbel, Kaolack et Tambacounda. Des données utiles ont pu être collectées sur les dépenses des malades et sur les méthodes de financement (assurances ou autres).

#### D. SINE-SALOUM

Au cours des quinze dernières années, la région du Sine-saloum a accueilli un grand projet de soins de santé primaires par le biais du ministère de la Santé Publique. Le projet s'est beaucoup appesanti sur l'utilisation de méthodes innovatrices en matière de soins de santé primaires, allant jusqu'à former des agents sanitaires villageois et à les recruter dans les cases de santé, lesquelles ont complété le réseau classique des centres de santé et postes de santé. Le recouvrement des coûts constitue un autre élément important selon lequel les frais de consultation des patients sont gérés par les associations locales pour la promotion de la santé. Ce projet a bénéficié d'un important soutien de l'USAID.

Ce projet du Sine-Saloum a connu diverses fortunes et cela a fait l'objet d'une analyse détaillée d'une longue série de rapports. Dans les premières années surtout, plusieurs cas de défection ont été signalés parmi les agents sanitaires villageois, la supervision des agents était défectueuse, les ruptures de stock en produits pharmaceutiques étaient fréquentes au niveau des cases de santé tout comme les détournements des frais de consultation collectés. Les prévisions des dépenses de fonctionnement du projet laissaient supposer un mal trop profond pour que l'Etat puisse de manière réaliste l'endiguer à la fin de l'assistance de l'USAID qui allait s'en suivre. Ces problèmes expliquent le ton pessimiste de plusieurs rapports faits antérieurement, parmi lesquels celui de GRAY (1983), KING (1982), OVER (n.d.), Sénégalaise d'Etudes (1982) et de l'USAID (1980).

Plusieurs suggestions ont été faites pour sauver le projet. GRAY (loc. cit.) a estimé que le problème de l'approvisionnement des cases de santé en produits pharmaceutiques pouvait être résolu par la privatisation en accordant des autorisations à de petites unités de distribution. Dans le même ordre d'idée, OVER (loc. cit.) parle favorablement d'un distributeur privé de produits pharmaceutiques dont les services sont bien appréciés par les services sanitaires de la zone de Gossas.

Au moins quelques unes des difficultés du projet semblent avoir été aplanies, quelques années plus tard. Une note plus positive émanait des évaluations faites par BLOOM (1984) et par DALY et LO FAYE (1985). Cependant, l'USAID (1986) n'a pas cessé d'exprimer sa préoccupation au sujet des dépenses de fonctionnement élevés.

Du point de vue méthodologique, l'étude menée par DALY et LO FAYE (loc. cit.) fournit des renseignements particulièrement utiles dans le cadre des tentatives ultérieures visant à collecter des données sur le financement de la santé au Sénégal. Les informations qu'ils ont obtenues portent sur les activités et les comptes financiers de plusieurs cases et postes de santé pris individuellement. L'expérience acquise avec le recouvrement des coûts à ce niveau fut l'une de leurs principales préoccupations.

#### E. PIKINE

Contrairement au Sine-Saloum, le projet de soins de santé primaires financé par la Belgique et localisée dans la banlieue dakaroise de Pikine a eu une très bonne presse. Les activités, le personnel et le financement du projet de Pikine ont fait l'objet d'une étude détaillée de la part de JANCLOES (1985), du ministère de la Santé Publique (1985a, 1985b, 1986, 1988), d'OVER (loc. cit.) et de REVEILLON (1987). Il en ressort un tableau général avec des associations pour la promotion de la santé qui collectent des sommes considérables au profit des services de santé, ce qui explique en partie un approvisionnement fiable en produits pharmaceutiques, et une gestion dont la qualité est globalement satisfaisante.

Une question qui vient tout de suite à l'esprit, c'est comment expliquer une telle réussite du projet de Pikine, contrairement à celui du Sine-Saloum. Après tout, les deux projets présentent quelques similitudes importantes: ils sont tous deux axés sur les soins de santé primaires, ils ont tous deux essayé de ne compter que sur les frais de consultation dans une large mesure, et tous deux ont également bénéficié d'une assistance financière et technique substantielle de bailleurs de fonds étrangers. La question de leur efficacité différente a été examinée par OVER (loc. cit.), lequel fait remarquer que les agents sanitaires de Pikine émargent au budget de l'Etat contrairement à ceux des cases de santé du Sine-Saloum.

Il est évident que dans le processus de formulation de réformes du financement de la santé, les documents déjà publiés sur les projets de Pikine et du Sine-Saloum devraient être ré-examinés et complétés avec de nouvelles études expressément destinées à mettre le doigt sur les raisons des différences de rendement des deux projets.

#### IV. ASPECTS RELATIVEMENT NEGLIGES

##### A. LES SERVICES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES HORS DU SINE-SALOUM ET DE PIKINE

Alors que les services de soins de santé primaires (centres de santé, postes de santé et cases de santé) du Sine-Saloum et de Pikine ont fait l'objet d'études approfondies, les autres dans le reste du Sénégal attendent toujours. Dans l'ensemble, quelques données globales ont été publiées sur tous ces services de santé, mais individuellement, peu de chose a été fait. D'où la difficulté de savoir l'importance des variations entre les services de santé, pour ce qui concerne leur dépendance à l'égard de différentes sources de financement ou d'indicateurs de performance tel le nombre de consultations par membre du

personnel. Une étude pertinente et intéressante a été faite par DIOUF (loc. cit.) qui a fait une estimation des coûts de maintenance des équipements et des installations dans un échantillon de service sanitaire. Mais pour faire de solides recommandations aux fins d'une réforme du financement de la santé, il serait souhaitable d'étendre ce genre d'enquête à d'autres types de coûts et de mesures de production ou d'utilisation, sans parler des recettes.

## B. ASSOCIATIONS POUR LA PROMOTION DE LA SANTE

Beaucoup a été dit sur les activités des associations pour la promotion de la santé qui recouvrent les frais de consultation au niveau des services sanitaires au profit de ces derniers. Parmi les exemples que l'on peut citer se trouvent les rapports du ministère de la Santé Publique (1987b), MITCHELL et ROGOSCH (1987) et SYLLA (1983), en sus des rapports déjà cités et relatifs aux projets de Pikine et du Sine-Saloum. Les conclusions qu'ils partagent sont les suivantes:

- en général, les sommes recouvrées par les comités sont plutôt modestes;
- malgré tout, dans certaines zones restreintes, ces comités ont eu un impact considérable, par exemple dans l'approvisionnement en produits pharmaceutiques;
- les comités sont souvent mal gérés, mal supervisés, n'ont pas la formation requise et sont enclins à la corruption (Pikine comme toujours étant la remarquable exception). Certains pensent également que les comités sont actuellement essoufflés. La Banque Mondiale (1991a) notait à leur endroit "une érosion de leur dynamisme".

Ces appréciations semblent, cependant, se fonder surtout sur des impressions et des anecdotes. Si les associations doivent jouer un rôle primordial dans un système de financement de la santé réformé, il serait souhaitable de rassembler des données objectives sur leurs activités et leurs comptes antérieurs. Ensuite pourrait-on peut-être tirer les conclusions relatives aux conditions de leur réussite.

### C. DEPENSES DE SANTE EFFECTUEES PAR LES COMMUNES ET LES COMMUNAUTES RURALES

Les communes et les communautés rurales du Sénégal dépensent de l'argent pour des services de santé, mais les données sur les montants dépensés par des autorités spécifiques pour des raisons spécifiques sont très faibles. NGUYEN (1983a, 1983b) dans ses analyses s'intéresse aux textes juridiques qui entravent la liberté des communes et des communautés rurales dans leurs dépenses en matière de santé, surtout au plafond de huit pour cent des recettes fiscales rurales imposés par les communautés rurales pour les dépenses en matière de santé. Mais ces études ne font pas part état du nombre de communautés que ce plafond gêne effectivement.

### D. DEPENSES DE SANTE PAR LES CONSOMMATEURS

Pour saisir l'impact du système actuel de financement de la santé sur les consommateurs, et donc en apprécier l'équité, il est nécessaire d'avoir des informations détaillées et objectives sur les différents modes de paiement des services de santé effectués par les consommateurs en rapport avec leurs revenus. Ces informations que l'on ne peut obtenir qu'après des enquêtes sur les budgets des ménages, fait généralement défaut. Comme étude pertinente sur les dépenses de santé, nous avons celle de COULON (1985), mais son étude s'était limitée à une seule zone rurale. Les enquêtes sur les dépenses rapportées par Enda Tiers Monde (1988, 1990) sont également pertinentes et ont été menées sur une plus grande échelle, mais elles se sont limitées aux dépenses en produits pharmaceutiques.

### E. PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTE DU SECTEUR PRIVE

Les prestataires de services médicaux modernes du secteur privé constituent une part importante du secteur de la santé au Sénégal, ils vont des grands hôpitaux aux médecins établis à leur propre compte. La plupart de ces prestataires sont directement employés par des entreprises privées afin de permettre aux employés de l'entreprise de bénéficier de leurs services. Des dispositions similaires ont été prises par certaines entreprises publiques. Les données sur les activités et les revenus des prestataires privés restent incomplètes. VAURS (loc. cit.) a présenté quelques estimations de leurs recettes globales. GAYE (1985) et VOGEL (loc. cit.) ont fait une étude générale des activités de la médecine privée. Le premier suggère d'opérer une réforme radicale du système sanitaire sénégalais, à savoir que le secteur public se concentre sur les activités préventives et qu'il laisse la plupart des activités curatives au secteur privé. Mais avant d'aller plus loin avec cette idée et avec bien d'autres, il serait souhaitable d'être bien mieux informé sur les soins médicaux qu'offre aujourd'hui le secteur privé, et à quel prix.

### F. LES AGENTS PAYEURS

Les études de VAURS (loc. cit.) et VOGEL (loc. cit.) renseignent également sur l'état des finances des organisations publiques et privées qui gèrent un porte-feuille d'assurance-maladie ou une formule de caisse de contribution

sociale. Ces derniers, comme d'autres sources d'ailleurs, laissent penser que ces organisations sont souvent mal gérées et fonctionnent à perte. Mais l'information dont on dispose sur l'état de leurs finances est loin d'être complète.

#### G. CONTEXTE JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE

Les discussions sur la réforme du système de financement de la santé mettent souvent l'accent sur l'importance de la législation et de la réglementation empêchant le changement souhaité, mais peu d'études systématiques ont été réalisées à ce sujet. Des contributions pertinentes ont été faites par GAYE (loc. cit.) qui traitent des restrictions relatives au secteur privé, par le ministère de la Santé Publique (1987b), qui rapportent les points de vue de médecins-chefs, et par NGUYEN (1983a, 1983b) qui se focalise sur les restrictions imposées aux communes et aux communautés rurales. Le projet de recherche à l'origine du présent document a essayé de satisfaire les besoins d'un traitement systématique et actualisé des restrictions juridiques et réglementaires qui prévalent dans le secteur de la santé ; il a également été à l'origine d'un document qui va de pair et dont le titre est "Le cadre juridique du financement de la santé au Sénégal" (Par Alpha DIENG et Robin BARLOW, Abt Associates, 1991).

#### V. RECOMMANDATIONS POUR UNE RECHERCHE ULTERIEURE

Au stade actuel d'étude de plans de réforme du système de financement de la santé, le Sénégal a l'avantage d'avoir connu, pendant plusieurs années, différents types de financement de premier ordre : imputations budgétaires, frais de consultation, plans d'assurance, financement direct par les entreprises et les organisations à but non lucratif et financement international. Par conséquent, il dispose d'une grande expérience qui peut être étudiée avant de passer à la conception d'un plan de réforme.

En considérant l'expérience acquise, deux groupes de questions devraient être posées au niveau de chaque type de financement de la santé:

1. *EFFICACITE*: Est-ce que la méthode de financement encourage l'efficacité dans la prestation des services de santé? Par exemple, est-ce que les frais de consultation découragent le recours aux soins médicaux qui ne sont pas urgents, permettant ainsi de traiter d'autres cas plus graves? Est-ce que la gestion de la méthode de financement est onéreuse et sujette à prévarication à tel point que seule une infime partie des recettes collectées est en fait consacrée aux soins médicaux ?

2. *EQUITE*: Est-ce que la méthode de financement a un impact injustement plus lourd sur les groupes à revenus plus faibles? Est-ce qu'en réponse à des prix élevés des soins médicaux, ces groupes acceptent un fardeau financier énorme par rapport à leur salaire, ou bien réduisent leur consommation de services sanitaires, ou bien font les deux à la fois?

Les études déjà menées sur le financement de la santé au Sénégal apportent quelques éléments de réponse à ces questions. Au chapitre IV, nous avons fait remarquer que des renseignements importants ont été recueillis sur le financement de la santé en général, et plus particulièrement sur les opérations financières

des hôpitaux, le système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et les projets de soins de santé primaires du Sine-Saloum et de Pikine.

Dans le même temps, les études existantes observent un mutisme relatif dans certains domaines, comme nous l'avons signalé dans les chapitres précédents. Ces lacunes devraient être comblées par de nouvelles recherches. Celles-ci devraient se fixer comme objectif de collecter des données sur l'efficacité et l'équité de chaque grande méthode de financement. Chaque versement effectué dans le cadre d'une méthode de financement donnée implique aussi bien un payeur qu'un bénéficiaire. Par exemple, les frais de consultations exigés dans les centres de santé sont payés par des consommateurs et perçus par les associations pour la promotion de la santé. Une évaluation complète d'une méthode de financement requiert que l'on obtienne des données de la part du payeur comme du bénéficiaire, même si parfois des investigations menées d'un côté seulement de la transaction peuvent suffire.

Le plan de recherche devrait par conséquent envisager de mener des enquêtes auprès des payeurs et des bénéficiaires. Deux enquêtes semblent particulièrement vitales:

#### 1. L'ENQUETE SUR LES MENAGES:

Les consommateurs sont des payeurs de frais de consultations et de contributions aux plans d'assurance. Avant de collecter des données sur ces versements, l'enquête devrait examiner les niveaux de consommation (nombre de consultations, etc...) et le revenu du ménage. Ensuite on pourra passer à quelques évaluations sur l'équité du système de financement de la santé. En établissant la base de sondage de l'enquête sur les ménages, il serait souhaitable d'y inclure les ménages qui se trouvent dans la circonscription médicale des services de soins de santé primaires couverts par la seconde enquête ci-après. Ainsi, on pourrait évaluer les effets qu'auraient des structures de paiement différentes sur l'utilisation des installations sanitaires.

#### 2. ENQUETE SUR LES SERVICES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES DANS LE SECTEUR PUBLIC:

Les centres de santé, les postes de santé et les cases de santé de l'Etat bénéficient d'affectation de fonds au niveau local et national et d'assistance en espèces ou en nature de la part des associations pour la promotion de la santé. En dehors des données relatives à ces recettes, l'enquête devrait collecter des données relatives à la production des services (nombre de consultations, etc...) et à la consommation (personnel, approvisionnement, etc...), afin de pouvoir mener des évaluations sur l'efficacité. Comme dans le cas de l'enquête sur les ménages, il suffira d'un échantillon des services pour avoir assez d'informations, un recensement n'étant pas nécessaire. L'enquête devrait également couvrir les activités des associations pour la promotion de la santé reliées aux services sanitaires. Ces associations reçoivent les frais de consultation et effectuent des dépenses visant à assister les services sanitaires. Elles ont joué un rôle primordial dans le secteur de la santé au Sénégal pendant les quinze dernières années, et il importe de comprendre pourquoi certaines ont apparemment bien réussi contrairement à d'autres.

Une enquête sur le financement des hôpitaux n'est probablement pas une urgence dans la mesure où comme nous le notions au chapitre IV précédent, il

existe déjà assez d'informations à ce sujet. Il existe cependant d'autres domaines du secteur de la santé au niveau desquels l'information sur le financement est plutôt incomplète. Ces domaines sont peut-être d'une moindre importance que ceux qui seraient examinés par les enquêtes sur les ménages et les services de soins de santé primaires, mais ils devraient faire l'objet d'une étude si les ressources le permettent. L'on pourrait estimer les deux enquêtes suivantes comme étant d'une moindre importance:

#### 1. ENQUETE SUR LES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTE DU SECTEUR PRIVE

Au nombre des prestataires privés, nous avons les hôpitaux, les cliniques et les cabinets médicaux à but lucratif, les structures humanitaires ou à but non lucratif, et celles gérées par des entreprises privées (et par quelques entreprises publiques) au profit de leur propre personnel. Ces institutions perçoivent des frais de consultation, des paiements par assurance, des transferts d'organisations "mères" et des donations. Les données sur ces recettes, collectées après une enquête par sondage, ajoutées aux données sur le rendement et les intrants des institutions permettraient de procéder à une analyse des liens existant entre certains types de financement de la santé et le degré d'efficacité dans la prestation du service sanitaire.

#### 2. ENQUETE SUR LES AGENTS PAYEURS

Les plans d'assurance ou de caisses de contribution sociale publics ou privés sont à la fois payeurs de frais et bénéficiaires de primes et autres contributions versées par leurs souscripteurs. Tel que nous l'avons noté au chapitre V précédent, le rendement de ce secteur au Sénégal est aujourd'hui remis en question, et il serait souhaitable d'avoir des données actualisées et systématiques sur la question.

## Les Etudes

1. Barlow, Robin, Logan Brenzel, et Genevieve Kenney, 1988.  
"Proposition d'Etude sur le Financement des Soins de Santé au Sénégal", Projet REACH, AID, Washington DC.

Ce rapport révisé un total de 23 anciennes études sur le financement des soins de santé au Sénégal et dispose d'un appendice et un résumé pour chaque étude. Sur la base de cette enquête bibliographique, les auteurs identifient d'importants problèmes du financement des soins de santé au Sénégal qui sont les suivants:

1. Les réductions de la fraction du budget national alloué à la santé;
2. L'existence de lois et règlements imposant l'interdiction sans raison du développement des nouvelles formes de financement;
3. Des faiblesses dans la gestion liées par exemple à la disparition des recettes collectés au niveau des unités de santé;
4. L'absence de l'autonomie financière au niveau de L'hôpital obligeant les hôpitaux à reverser leur recettes à la Trésorerie;
5. La dépendance à l'aide extérieure;
6. L'existence d'un cercle vicieux liant la pauvre qualité des services publics avec la réticence des clients et des communautés locales à apporter une importante contribution financière.

Les auteurs concluent aussi à partir de la revue de la littérature que comme en prélude à une réforme effective du financement des services de santé, plus d'informations doivent être obtenues sur l'actuelle expérience du Sénégal avec des méthodes alternatives sur le recouvrement des coûts dans le secteur de la santé. Ils estiment que ces informations peuvent être obtenues à partir des nouvelles études:

1. Une enquête auprès des unités de services de santé pour collecter des données sur les dépenses, recettes, l'utilisation et les services offerts;
2. Une enquête auprès des ménages pour collecter des données sur le revenu et les dépenses liées à la santé.

2. Bloom, Abby, 1984. "Prospects for Primary Health Care in Africa: Another Look at the Sine Saloum Rural Health Project in Senegal", Bureau for Program and Policy Coordination, Office of Policy Development and Program Review, AID, Washington DC.

L'objectif de ce document était de dénombrer comme le project de Sine-Saloum traversait une dramatique transformation à partir de ce qui était décrit dans l'évaluation du Projet USAID in 1980. Sine Saloum offre une fascinante étude des problèmes sur la création d'un programme de santé viable dans la région du Sahel en Afrique, et ce document est une description du renversement de la crise que traverse le projet. Le projet démontre aussi l'importance continue du paiement au village à travers les revenus provenant des services de santé.

Ce document résume quelques problèmes qui ont assailli le projet dans sa précédente configuration. La couverture de financement de la santé n'était pas viable et ne s'étendait pas sur les dépenses d'opération et était décapitalisée rapidement. Les supervisions et le support étaient faibles; les médicaments et matériels techniques ainsi que le transport ne pouvaient plus répondre aux différentes demandes du projet; la perte des connaissances acquises par les agents de santé formés était très importante; la fixation des coûts de l'utilisation des services variée selon le système et des données épidémiologiques de base n'étaient suffisamment collectées afin de mesurer l'impact et les résultats des entrées du projet.

Les mesures prises pour améliorer le projet comprennent la standardisation des taxes à payer pour l'utilisation des services et les contributions du village au paiement des salaires aux agents de santé de village; une rigoureuse formation des communautés en gestion et connaissance de leurs responsabilités financières à l'amélioration des critères de sélection, de la formation et les supervisions des ASV; et une meilleure gestion de la part de l'USAID.

De nos jours au sein du projet; comme la concentration dans le domaine des soins curatifs et l'incapacité du système de financer les dépenses de supervision à partir des recettes provenant des taxes, mais la clé pour réussir était de restructurer le projet.

3. Cissouma, Moulaye, 1991. "Eléments Méthodologiques de la Mise en Place d'une Tarification Rationnelle au Centre de Traumatologie et d'Orthopédie de Dakar", mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Supérieures en Gestion des Services de Santé, CESAG.

L'objectif de cette étude est de proposer une méthode alternative de tarification des soins au niveau du Centre de Traumatologie et d'Orthopédie de Dakar.

La méthode utilisée a consisté à :

- Regrouper les services de l'hôpital en centres d'activités et centres de coûts;
- La formation de "groupes de diagnostic identiques;"
- Le calcul du coût réel pour chaque groupe de diagnostic à partir des tarifs actuellement en vigueur pour les différents types de soins et du prix de revient des médicaments, des produits pharmaceutiques et de la consommation d'eau et d'électricité.

La conclusion de l'auteur est que pour certains groupes de diagnostic, la facture payée par le patient est inférieure au coût réel de ses soins et qu'une subvention équivalente à la somme de tous ces déficits devrait être accordée à l'hôpital pour lui permettre d'atteindre l'équilibre financier.

4. Coulon, Anne, 1985. "Enquête sur les Budgets Familiaux dans Trois Villages Serer de la Zone de Niakhar—Une Approche Particulière: Les Dépenses de Santé", ORSTOM, Dakar.

Les objectifs de cette étude sont de:

- Vérifier si les dépenses de santé revêtent une certaine signification (nombre de personnes concernées par ces dépenses, argent affecté à la santé);
- De tester si le manque d'argent est un handicap aux dépenses de santé, et;
- De découvrir s'il existe d'autres phénomènes susceptibles d'expliquer la modicité des dépenses sanitaires.

Une étude qualitative pour cerner les comportements budgétaires et une enquête budget-consommation sont réalisées dans trois villages de Niakhar: NGayokheme, NGane Fissel et NGalagne Kop. L'échantillon de l'enquête budget consommation est constitué de 53 concessions parmi les 249 que comptent les trois villages. Un indicateur de revenus monétaires est déterminé sur la base des ventes réalisées par la concession durant les trois mois qui suivent la récolte de l'arachide, principale source de revenus monétaires dans l'arrondissement. Les dépenses sont déterminées sur la base du mois de mars.

Les ventes de produits durant les trois mois qui suivent la récolte de l'arachide ont permis de générer un revenu monétaire moyen per capita de 12.959 FCFA, soit un revenu moyen par concession de 50.565 FCFA. Les dépenses courantes du mois de mars par concession étaient en moyenne de 14.011 FCFA et *les dépenses de santé représentaient en moyenne 1.368 FCFA, soit 9,8% des dépenses courantes*. Sur la base des seules concessions ayant effectué une dépense de santé, 40% de l'échantillon, le ratio des dépenses de santé sur les dépenses courantes se situe à 12%.

L'auteur conclut que les dépenses de santé sont faiblement corrélées avec les revenus. Par ailleurs, basée sur une hiérarchisation faite par les enquêtés eux-mêmes, l'auteur rapporte que 49% des enquêtés indiquent la santé comme poste de dépenses le plus préoccupant.

5. Daly, Patricia, et Aida Lo Faye, 1985. "Community Financing of Primary Health Care in Senegal".

Les auteurs ont étudié l'impact des paiements des usagers sur l'utilisation et les revenus des établissements sanitaires dans la région du Sine-Saloum.

Des données ont été collectées sur les consultations en 1980 et 1982 auprès d'un échantillon non-aléatoire de 6 postes de santé et sur les recettes et les dépenses en 1982/1984 auprès d'un échantillon non aléatoire de 20 postes de santé dans la région du Sine-Saloum. En plus les auteurs ont utilisé des statistiques officielles de recettes dans le cadre de l'auto-gestion et des allocations budgétaires de six circonscriptions médicales (CM 1) de la région du Sine-Saloum.

Leurs résultats indiquent que:

- Le nombre de consultations a baissé après l'introduction des paiements des usages au niveau des six postes de santé;
- Et les revenus collectés dans le cadre de l'auto-gestion ont été plus élevés dans la zone du projet de l'USAID qu'à la zone non incluse dans le projet. Aucune analyse des raisons de la baisse des consultations et de la variation des recettes d'un poste de santé à un autre n'est possible vu la nature des données.
- Les dépenses d'auto-gestion pour l'achat des médicaments représentaient une fois et demie le budget du Ministère de la Santé alloué aux médicaments au niveau des CM étudiées et les dépenses d'autogestion représentaient 80% du budget non-personnel du Ministère.
- L'auto-gestion a réduit effectivement la fréquence des ruptures de stocks de médicaments.

Les auteurs recommandent que:

- Le gouvernement encourage l'achat de produits pour la prévention, tels que les vaccins;
- Les revenus de l'auto-gestion soient utilisés pour supporter la supervision (sur une base expérimentale); que les rôles des comités de santé soient clarifiés; et,
- Le réseau de distribution des produits pharmaceutiques soit amélioré.

6. Diallo, Issakha, 1987. "Special Study—Senegalese Health Care Financing: An Alternative Approach", Tulane University.

Ce document vise à introduire un débat public sur le financement de la santé au Sénégal. Dans cette perspective, un mécanisme de financement social de la santé est proposé comme alternative aux mécanismes d'assurance-maladie tels qu'ils sont administrés actuellement dans le pays.

Pour dresser le contexte du financement de la santé, l'auteur revoit la distribution des ressources sanitaires du Sénégal depuis l'indépendance du pays en 1960. L'auteur note le déséquilibre de la distribution des ressources en faveur de Dakar et du sous-secteur hospitalier, déséquilibre qui s'est accentué entre 1960 et 1979. L'auteur indique que ce déséquilibre a amené le gouvernement, avec le support de l'USAID, à initier une variante des Soins de Santé Primaires (SSP) au Sine-Saloum. Cette variante a été renforcée après Alma Ata par l'adoption d'une politique sanitaire basée sur l'approche des SSP. Dans cette orientation, les mécanismes du financement de la santé mis au point se basent sur la notion de participation communautaire: celle-ci est mise en oeuvre par l'instauration de paiements directs par les utilisateurs des services de santé. Dans ce contexte, l'auteur note que les hôpitaux traitent les maladies les plus sévères donc les plus coûteux et sont chargés en même temps de la formation du personnel médical et paramédical et de la recherche d'où la nécessité d'innover en matière de financement de hôpitaux.

L'auteur note qu'avec le mécanisme de financement social actuel sous l'égide du gouvernement, seuls les militaires et fonctionnaires ont accès aux services privés. La population indigente n'a accès de qu'aux services publics où le manque de matériel et médicaments dirigent la majorité vers le secteur privé où ils paient plus chère que les fonctionnaires. Ainsi l'auteur propose l'instauration d'un fonds de solidarité nationale qui serait affecté principalement aux hôpitaux. Tout travailleur âgé de 20 à 55 ans et ne bénéficiant pas d'une assurance privée contribuerait 1% de son revenu annuel s'il est en-dessous du SMIG et 1,5% s'il est au-dessus du SMIG.

La mise en place de ce fond de solidarité n'implique pas une modification du modèle organisationnel des structures de gestion des hôpitaux tels qu'ils fonctionnent actuellement.

7. Diop, Issa, et Ibrahim Diong, 1987. "Analyse Economique et Financière d'un Projet d'Approvisionnement des Structures Périphériques en Médicaments Essentiels", DAMPET et DRPF, Ministère de la Santé Publique, Dakar.

Ce document est une requête adressée à UNICEF pour le financement des composantes d'un projet d'extension des pharmacies régionales et départementales. L'objectif global du projet est d'appuyer le Ministère de la Santé Publique dans l'amélioration de la fourniture et de l'utilisation des médicaments.

La première partie du document est une analyse de la situation sanitaire au Sénégal axée surtout sur les structures existantes du système sanitaire avec de rares références à leurs fonction et performance. Le financement du secteur de la santé y est brièvement décrit. Dans ce cadre, les auteurs rapportent que *68% des achats de médicaments au niveau des postes et centres de santé ont été financés par la participation communautaire en 1985; la région de Dakar réalisant près de la moitié (45%) de la participation communautaire.*

La deuxième partie présente un diagnostic plus détaillé de l'approvisionnement pharmaceutique au Sénégal. Une historique du système d'approvisionnement en médicaments durant la période de restreinte fiscale de la première moitié des années 80, décrit les difficultés financières de la PNA dont les conséquences ont été la fréquence des ruptures de stock dont une pénurie totale en 1984. Les auteurs notent parallèlement l'amélioration intervenue dans le système grâce à la réduction de la dépendance vis-à-vis du Trésor public par la mise en place d'autres mécanismes de financement de la PNA alimentés par la réserve de la LONASE.

La troisième partie est une description du projet. La quatrième partie dégage l'impact escompté du projet sur le secteur de la santé.

8. Diouf, Abdoul Hamid, n.d. "Etudes des Charges Récurrentes: Santé-Génie Civil."

Ce document propose un programme d'entretien des infrastructures sanitaires sénégalaises (hôpitaux, centres et postes de santé) pour assurer un fonctionnement permanent durant leur durée de vie.

La méthodologie de l'auteur est axée sur une dichotomie de l'entretien entre entretien périodique et entretien courant. L'entretien périodique concerne les corps d'état des infrastructures (peinture, plomberie, etc). Le calendrier de l'entretien est fondé sur la durée de vie des bâtiments et la durée de vie respective de chaque corps d'état. L'entretien courant concerne les réparations immédiates, le nettoyage du circuit électrique, etc.

L'estimation des coûts d'entretien reconduit le coût de construction de chaque corps d'état selon le calendrier d'entretien en ce qui concerne l'entretien périodique; par ailleurs, le coût général d'entretien courant est estimé proportionnellement au coût des formations et services.

La méthodologie est administrée à un échantillon non-aléatoire de formations sanitaires;

Des estimations des coûts d'entretien sont tabulées pour les formations sélectionnées.

9. Dumoulin, Jerome, et Arthur Lagace, 1990. "Economic and Financial Aspects of Health Services in Sénégal", USAID/Dakar.

L'objectif du document est de décrire l'environnement économique de la prestation des services sanitaires, d'identifier des facteurs économiques clés qui affectent la prestation des services, de décrire les modalités de financement des soins de santé, d'identifier des problèmes majeurs liés au financement de la santé et de présenter des options pour la solution de ces problèmes.

Les analyses du document sont basées sur des sources de données primaires et secondaires, dont les rapports de différents ministères et les résultats d'études réalisées par le gouvernement et les agences de coopération étrangère. Il est noté la rareté des données sur l'utilisation des services de santé et le financement de la santé d'une part, la difficulté de réconcilier l'information de différentes sources d'autre part.

Un survol des performances de l'économie sénégalaise et de la distribution des revenus amène les auteurs à conclure que la croissance du chômage et la forte concentration des revenus limiteraient l'accès aux services de santé à certains segments de la population.

En se basant sur plusieurs sources, les auteurs arrivent à une estimation des dépenses de santé de l'ordre de 40 milliards FCFA, soit 3 % du PIB et 6.000 FCFA (US\$ 20) par habitant. Les deux tiers de ces dépenses seraient attribuables au secteur privé, un secteur fortement concentré à Dakar.

Entre 1970 et 1989, l'effort de santé du gouvernement a décliné. La part du budget du gouvernement dans le PIB a fluctué entre 15 et 16% cependant la part du budget du Ministère de la Santé Publique (MSP) dans le budget du gouvernement a décru de 9,3% en 1970 à 4,8% en 1989. Cette réduction du budget du MSP n'a été que partiellement compensée par l'instauration du recouvrement des coûts et l'assistance étrangère.

Les auteurs notent que la contribution du recouvrement des coûts de la santé a été minimale, représentant moins de 5 % des dépenses de santé. La variabilité de la performance des systèmes instaurés à Pikine et dans le reste du pays amène les auteurs à un optimisme modéré quant à la capacité des populations de contribuer significativement au financement de la santé. Les auteurs estiment, cependant, que l'extension des paiements directs dans le système de santé créerait une demande pour l'assurance maladie qui, jusqu'à présent, ne bénéficie qu'aux secteurs privilégiés de la population.

10. ENDA Tiers Monde, 1988. "La Consommation de Médicaments à Dakar: Contribution a une Politique de Médicaments Essentiels", avec la contribution de Terre des Hommes et du CRDI.

L'étude visait à obtenir et à évaluer l'information sur la consommation de produits pharmaceutiques à Dakar.

Trois enquêtes par sondage ont été menées dans la région de Cap-Vert portant sur: 20 pharmacies (Préparant 500 ordonnances et interviews de 100 clients), 40 auteurs d'ordonnances (médecins, infirmières, sages-femmes) et 502 ménages.

L'étude a tiré des conclusion sur le coût, le contenu et les auteur des ordonnances; la portée de l'assurance médicaments et l'utilisation des remèdes traditionnels. Les auteurs recommandent que le Gouvernement limite la liste des médicaments sur ordonnance à ceux qui sont véritablement essentiels et envisage de mettre en place une entreprise de fabrication de produits pharmaceutiques pour en réduire le coût.

11. ENDA Tiers Monde, 1990. "Prescripteurs et Utilisateurs de Médicaments et Plantes Médicinales au Sénégal: Rapport Préliminaire".

Les objectifs de cette étude sont:

- De déterminer la capacité de mobilisation de ressources en vue de l'acquisition de médicaments;
- Evaluer les effets de l'environnement sanitaire et économique et des caractéristiques socio-économiques individuelles sur la demande de médicaments;
- D'identifier les facteurs qui favorisent le recours aux médicaments non prescrits, d'autre part, d'identifier les facteurs qui influent sur l'irrationalité des prescriptions.

L'étude est basée sur les données d'enquêtes incluant une enquête auprès des prescripteurs; deux enquêtes sur les lieux formels de vente de médicaments concernant les achats réalisés par auto consommation, ceux réalisés sur la base d'une prescription; et, une enquête réalisée sur quelques marchés de plantes médicinales.

L'étude conclut que:

- La majorité des ménages visite en premier lieu une formation sanitaire proche de leur domicile, une structure de soins où ils attendent une meilleure fourniture de médicaments.
- 88% des ordonnances proviennent du secteur public, alors que 89% des enquêtés trouvent le montant des ordonnances trop élevé.
- 71% des ménages parviennent généralement à acheter leurs ordonnances, mais moins de 25% y parviennent sur leurs seuls revenus.
- 29% des femmes pensent que le prix à payer dans les structures de soins est trop élevé.

L'étude révèle une forte motivation des prescripteurs à être acteurs dans la mise en place d'une politique des médicaments essentiels. En effet, près de 35% des listes de médicaments essentiels utilisées par les prescripteurs, sont élaborés au niveau local.

12. Gaye, Pape Amadou, 1985. "The Private Sector in the Provision of Health Services in Senegal: A Preliminary Description and Terms of Reference for a Comprehensive Study".

Ce document présente des termes de référence pour une étude sur le rôle du secteur privé dans la provision des services sanitaires au Sénégal. L'objectif de l'étude proposée serait de renforcer et de restructurer la collaboration entre le secteur public et le secteur privé dans leurs efforts pour atteindre la Santé pour tous à l'an 2000.

L'auteur, se basant sur un rapport préparé par Alpha Dieng, "Les Instituts Privés et Semi-privés Concourant au Développement Sanitaire du Sénégal", présente un tableau des organisations, entreprises, et associations privées ayant des activités liées en amont ou en aval à la santé. Le tableau du secteur privé est stratifié selon les buts lucratifs ou non-lucratifs des entités et leur sphère d'activité, ainsi sont distingués (a) le secteur médical et pharmaceutique à caractère commercial, (b) le secteur non-lucratif à caractère social, et, (c) le secteur lucratif à base industrielle et financière.

L'auteur propose la réalisation de plusieurs études qui devraient informer la mise en oeuvre d'une stratégie sanitaire ou le secteur public se limiterait de plus en plus à la provision des soins préventifs et un secteur privé élargi s'engagerait plus intensément dans la provision de soins curatifs. L'auteur pense qu'une telle stratégie aboutirait à un système sanitaire plus efficient.

L'auteur estime que l'action du secteur privé se heurte à des restrictions et des mesures d'ordre législatif (y compris les mesures fiscales et des prix, les procédures régissant l'adoption de nouveaux produits, les formalités d'autorisation et de licences de nouvelles activités), qui font intervenir différents ministères en dehors de celui de la santé. L'auteur recommande de réaliser une étude sur ces mesures et lois publiques en vue d'élaborer des recommandations pour favoriser la collaboration des secteurs public et privé dans le domaine de la santé.

13. Gray, Clive, 1983. "Financement Communautaire des Soins de Santé au Sine-Saloum, Sénégal", PRICOR et Harvard Institute of International Development.

Ce rapport fait la synthèse et l'analyse de données recueillies sur le terrain à l'occasion d'interviews et de visites du Projet Santé Rurale du Sine-Saloum.

L'objectif était d'apporter des informations permettant de caractériser la demande de soins au niveau des cases de santé et l'utilisation réelle des cases de santé au moment de l'étude.

L'auteur montre et propose que:

- Les fonds d'autogestion provenant des frais payés par la population atteignent 75% du budget hors-personnel du MSP pour les centres et les postes de santé en 1982;
- La construction d'une case ne semble pas être un investissement rentable compte tenu du type de soins dispensés à ce niveau;
- Seulement 22% du stock de médicaments initial des cases de santé est renouvelé chaque année traduisant une faible utilisation des cases de santé;
- Le système d'approvisionnement en médicaments dans la région dépend entièrement du financement AID pour les charges de transport. Les ruptures de stock sont fréquentes. La solution serait de privatiser l'approvisionnement en médicaments;
- Le financement de certaines charges par les collectivités locales (communautés rurales et communes) est souhaitable mais impossible, faute de souplesse dans leur gestion;
- Les frais liés à la supervision sont élevés. Par exemple, le coût d'entretien et de réparation d'une mobylette est estimé à 40 000 F/an.
- Un programme de recherche opérationnelle soit mis en place pour mieux cibler les interventions du projet en insistant particulièrement sur les aspects sociologiques.

14. Herrington, James E., Jr., 1983. "Recommendations for the Senegal Rural Health Phase II Project: Pharmaceutical and Medical Material Distribution System", Projet No. 685-0242.

Le but de cette étude était de présenter les recommandation visant à améliorer le système de distribution des produits pharmaceutiques.

Les informations étaient collectées à partir de trois interviews avec le gestionnaire régional du dépôt pharmaceutique de Kaolack. Plusieurs recommandations étaient faites:

- D'approvisionnement du dépôt régional par son propre circuit, bénéficiant des avantages en ce qui concerne le paiement par chèque où en espèces. En plus, il était recommandé un budget réaliste pour le financement du dépôt soit établi et que les salaires soient payés à partir des imprévus de la vente des stocks et des coûts de la logistique inclus à ce budget. Néanmoins, des investigations doivent être menées en ce qui concerne pourquoi la PNA n'accepte le paiement en espèces que pour les médicaments achetés au niveau central. Finalement, un protocole doit être établi sur l'utilisation des produits une fois périmés ou abîmés.

15. Jancloes, Michel, et al., 1985. "Financing Urban Primary Health Services: Balancing Community and Government Financial Responsibilities, Pikine, Senegal, 1975-81", Tropical Doctor, 15.

Les objectifs de l'article sont de dégager d'une part les responsabilités respectives du gouvernement et des communautés dans le cadre de la mise sur pieds du projet de santé primaire de Pikine, et d'autre part les conditions nécessaires d'une gestion saine de l'organisation des soins de santé primaires financés avec la participation des communautés.

L'article décrit l'initiation du projet et sa mise en oeuvre en dégageant le rôle et les responsabilités respectifs du gouvernement et des communautés. Du point de vue de la communauté, le processus de mise sur pieds des comités de santé, l'organisation de la gestion des postes de santé, et les responsabilités des comités de santé sont décrits en détails. La participation gouvernementale, incluant le support technique, logistique et administratif, et son apport dans le processus de prise en charge des communautés par elles-mêmes sont discutés.

Le partenariat entre le gouvernement et les communautés est étayé par et une discussion de leur participation respective dans le financement des soins de santé en se basant sur les bilans des formations sanitaires de 1979. Les dépenses du personnel, excluant le personnel bénévole, continuent à être prises en charge par le gouvernement. Les communautés, cependant, assurent la quasi-totalité du financement des autres postes de dépense des postes et centres de santé, incluant les médicaments. Les structures relatives de la participation des deux parties au niveau du poste de santé et du centre de santé sont discutées et il se dégage une participation accrue du gouvernement du poste au centre de santé.

Les auteurs concluent que les comités de santé et le personnel de santé local sont arrivés à prendre les décisions appropriées quant à la prestation efficiente des soins de santé primaires intégrant un système de recouvrement des coûts, ceci grâce à la mise sur pieds de moyens de contrôle interne de gestion. Ils soulignent par ailleurs le support critique du gouvernement dans le cadre de la planification et de la comptabilité. L'extension du partenariat gouvernement-communauté aux niveaux secondaires de la hiérarchie sanitaire est indiquée comme direction de recherche.

16. King, C., 1982. "Projet de Santé Rurale au Sénégal: Analyse du Système de Distribution des Médicaments—Rapport Analytique", USAID, Dakar.

Les objectifs de cette consultation étaient d'analyser les systèmes d'achats, de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques utilisés dans la zone du Sine-Saloum. Six cases de santé et 4 postes de santé dans quatre départements étaient sélectionnés pour l'investigation. En plus, les dépôts pharmaceutiques du niveau central, régional et communautaire ont été visités.

Les grandes découvertes étaient que le futur système de recouverture des coûts des dépôts pharmaceutiques sera moins à cause de l'augmentation des prix et des changements dans le processus d'allocation du budget du Ministère de la Santé qui définit la part du budget destinée à l'achat des médicaments, de ce fait réduisant les crédits d'achat au niveau régional.

En plus, au niveau régional et communautaire, il y a une large utilisation des médicaments non essentiels. Le système d'enregistrement est très sporadique et il y a fréquemment une rupture de stock au niveau communautaire.

Les cases de santé semblent avoir de stocks adéquats mais le système de distribution entre les postes de santé et les cases de santé est faible.

Le consultant avait recommandé que l'USAID continue à soutenir le projet mais le système nécessite d'être intégré plus dans le système national de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA). Le consultant avait recommandé aussi la collecte des informations désirées pour une meilleure comptabilité. En plus, la formation et la description des postes des pharmaciens nécessitent d'être renforcées et clarifiées. La prochaine phase devrait être consacré aux médicaments essentiels dans les cases de santé.

17. Mashayekhi, A., 1981. "A Study of the Financing of the Health Sector in Senegal", Population, Health, and Nutrition Office, USAID, Dakar.

Le but de cette étude est d'examiner le système de financement de la santé au Sénégal et de faire des recommandations sur comment les ressources de la santé peuvent être mobilisées efficacement.

L'étude exploite les statistiques officielles du Ministère de la Santé, les données provenant des études sur les ménages au Sénégal. Elle vise les programmes de santé et les formations sanitaires.

Sur la base de cette analyse, l'auteur découvre que le Ministère de la Santé a une difficulté sur l'utilisation des fonds lui alloués et que sa compatibilité et ces systèmes de gestion financière sont inadéquates. Ils ne permettent ni à rationaliser le processus de budget ni établir des rapports et de comptabilité pour éviter des pertes.

18. Ministère de la Santé Publique, 1985a. "Projet Pikine: Soins de Santé Primaires en Milieu Urbain—Fascicule III, Année 1983", Dakar.

L'objectif de ce rapport est d'informer les différents acteurs des programmes de soins de santé primaires de Pikine. Le rapport discute de l'approvisionnement et de la diffusion des médicaments, l'organisation de la lutte contre la tuberculose et des activités de santé maternelle.

Un bref historique du projet de Pikine rappelle que son objectif était d'assurer pour le plus grand nombre une couverture optimale de soins de santé, de services éducatifs et sociaux simples, efficaces, accessibles et basés sur les ressources locales. Il est noté qu'en 1975, il n'existait pas de services de santé dans de nombreux quartiers. En 1983, Pikine était doté de 2 centres de santé, 6 maternités, 4 centres de soins dentaires, 2 centres de protection maternelle et infantile, 1 centre de psychiatrie sociale et 22 postes de santé.

Le nombre de contact et les recettes des postes de santé se sont accrues de 24% entre 1981 et 1983. Il est constaté, cependant, qu'étant donné l'augmentation des prix des médicaments (7 % entre 1981 et 1982, 10 % entre 1982 et 1983), la quantité de médicaments offerte par contact a diminué de manière sensible. En valeur réelle celle-ci a diminué de 14 % entre 1981 et 1983.

Le nombre de contacts et les recettes des maternités ont presque doublé entre 1981 et 1983. Les dépenses en médicaments étant restées quasi stables en francs constants, la quantité de médicaments par contact dans les maternités a été presque réduite de moitié en valeur réelle.

Deux alternatives sont suggérées pour stabiliser la quantité de médicaments par contact: revoir la répartition des dépenses ou augmenter la participation forfaitaire des populations sur la base d'une évaluation du coût des consultations.

19. Ministère de la Santé Publique, 1985b. "Projet Pikine: Soins de Santé Primaires en Milieu Urbain—Fascicule IV, Année 1984", Dakar.

Ces documents sont des rapports d'activités annuels du Projet Belgo-Sénégalais de Pikine.

Ils donnent des informations détaillées sur les dépenses récurrentes des postes de santé, PMI et centres de santé du département de Pikine et sur le volume d'activités des différents programmes en cours d'exécution.

On peut retenir que dans les postes de santé du département de Pikine, toutes les charges sont financées sur les recettes locales provenant du paiement des soins par les patients sauf le salaire des personnels qualifiés (payés par l'Etat ou les communes).

20. Ministère de la Santé Publique, 1986. "Projet Pikine: Soins de Santé Primaires en Milieu Urbain-Fascicule V, Année 1985", Dakar.

Ce document est le rapport d'activités du projet de SSP de Pikine. Outre les rubriques habituelles des fascicules du projet de Pikine, le document inclut, entre autres, le texte-projet du Renouvellement Arrangement Particulier 1985-1989, des rapports sur le PEV de 1985, le Laboratoire d'Analyses Médicales, la Tuberculose, etc...

Concernant le financement de la santé, les dépenses d'investissement de la Circonscription Médicale de Pikine décrivent une croissance lente entre 1975/77 (74 millions FCFA) et 1981 (128 millions FCFA), une croissance très rapide entre 1981 et 1982 (323 millions FCFA); depuis 1983, cependant, la tendance est à la baisse: en 1985, les dépenses d'investissement se situaient à 232 millions FCFA.

Les dépenses de fonctionnement ont connu une croissance régulière entre 1978 et 1984, passant de 10 millions FCFA à 92 millions FCFA respectivement. Entre 1984 et 1985, les dépenses récurrentes ont plus que doublées et se situent à 219 millions FCFA. En 1985, les dépenses en personnel constituaient 62 % des dépenses de fonctionnement dont 52 % pour les personnels étatique et municipal, 10 % pour le personnel auxiliaire financé quasi totalement par les populations. Concernant les sources de fonds des dépenses de fonctionnement - personnel non inclus, la part des populations, qui était quasi nulle en 1978, se situait à 79 % en 1980. Elle a fluctué entre 81 % et 84 % entre 1981 et 1983; elle a baissé cependant à 71 % en 1985.

Les résultats des structures sanitaires révèlent une hétérogénéité marquée quant à la capacité de génération de ressources et leur affectation. Les recettes des maternités sont les plus élevées; ces dernières, cependant, ont les dépenses en médicaments les plus faibles relativement, soient 18 % des dépenses en moyenne contre 33 % pour l'ensemble des structures. Les dépenses en médicaments sont relativement faibles parmi les PMI (20 %) alors qu'elles génèrent de revenus importants. Ce sont les postes de santé et les centres de santé qui affectent une part relativement importante aux médicaments, 45 % et 51 % respectivement. Ainsi, les recommandations de l'APS quant à l'allocation des ressources des comités de santé devraient-elles tenir compte de l'hétérogénéité technique des services rendus par les formations sanitaires.

21. Ministère de la Santé Publique, 1987a. "Projet de Reforme du CHU", Dakar.

Ce document est une série de cinq chapitres sur la réforme du CHU. Ces chapitres incluent le texte fondamental portant modification du statut du CHU, son mode d'organisation, son mode de fonctionnement, le statut du personnel et le régime financier du CHU.

Concernant le financement du CHU, le projet de régime financier inclut certaines innovations portant sur la création et la mise en place du régime financier qui ouvre la possibilité de création d'un fonds de solidarité nationale qui serait consacré à la prise en charge des indigents. Les alinéas 1 et 3 de l'article 51 prévoient en addition la génération des ressources propres provenant de l'activité des établissements membres du CHU. Enfin, l'alinéa 2 du même article ouvre la possibilité de recourir à des emprunts au CHU.

22. Ministère de la Santé Publique, 1987b. "Atelier sur la Participation des Populations à l'Effort de Santé", Dakar.

Le but de cet atelier était de décrire les formes de la participation communautaire qui se développent dans le secteur de la santé, d'identifier les objectifs et les contraintes de la participation communautaire, et de développer une stratégie pour induire une participation communautaire dans sa région. Trois groupes de travail ont rédigé des rapports sur les textes qui gouvernent la participation communautaire, l'état de la participation financière, et, la participation à la santé.

Les groupes de travail ont identifié les contraintes et des stratégies pour améliorer les dites contraintes dans le cadre étudié. Les contraintes sur le plan légal ont consisté en l'absence d'un cadre légal pour la supervision et le rôle des comités de santé, l'absence d'une base juridique pour les Associations pour la Promotion de la Santé (APS), la non-application et l'inadéquation des lois et décrets datant de 1972 et qui gouvernent les communautés rurales et la co-gestion. Pour redresser ces problèmes, le groupe a supporté la mise sur pieds d'un cadre judiciaire pour redéfinir la participation et les relations entre les comités de santé, les APS, et le personnel médical (réduisant le rôle du Ministère de l'Intérieur), la permission de la supervision, et la modification et la loi de 1972 afin que les revenus collectés au niveau des postes de santé soient gérés et utilisés à niveau.

Le groupe chargé de la participation financière a identifié les problèmes suivants: les comités de santé et les APS ne tiennent régulièrement pas des réunions, n'ont pas la composition requise, et sont dominés par des problèmes politiques et ethniques. Le groupe s'est rendu compte de l'inexistence d'un programme de formation national pour les comités de santé et de l'inadéquation de la formation en gestion. Le groupe a cité des problèmes liés aux régimes de paiement inappropriés, un détournement des fonds, à l'utilisation inadéquate des fonds, et l'absence de sanctions à l'encontre des personnes responsables de détournement de fonds. Le groupe a recommandé que le Ministère de la Santé (MS) redéfinisse et réoriente la participation financière, que la taille des comités de santé soit augmentée, que les agents de santé soient responsables de la collecte et de l'utilisation des fonds, et que les APS soient restructurées et reconnues officiellement. D'autres recommandations incluent le développement d'un plan national pour la formation des membres des comités de santé, et d'une rigoureuse supervision des comités de santé.

Le groupe chargé de la question plus étendue de la participation a discuté en détails des problèmes liés à la répartition, la maintenance des infrastructures, de l'équipement non-standardisé, et de l'absence de communication entre les comités de santé, le personnel de santé, et les populations. Le groupe a recommandé que l'équipement soit standardisé et soit maintenu avec les fonds d'auto-gestion. Par ailleurs, le groupe a supporté l'utilisation du budget de la communauté rurale pour les répartitions et la réalisation de tâches bien définies qui correspondent aux besoins de la population.

23. Ministère de la Santé Publique, 1987c. "Pré-Rapport du Group de Travail Chargé de la Reforme du Santé Hospitalier", Dakar.

Ce rapport dresse un bilan de la situation au niveau des hôpitaux du Sénégal. Dans une première partie, le groupe passe en revue les textes qui régissent le fonctionnement des hôpitaux et les analyse. Ensuite, il analyse les intrants, ressources humaines, ressources matérielles ( infrastructures, équipements, médicaments, destinées à l'alimentation), et ressources financières. Puis, le processus, en particulier les procédures administratives et les mécanismes de gestion, et, les outputs: en terme d'activités ou de services produits (consultations, hospitalisations, actes médico-techniques).

Dans une deuxième partie, les fondements du projet de réforme du système hospitalier sont exposés et argumentés.

La troisième partie présente des résultats d'une enquête menée d'une part auprès d'un échantillon de 620 individus de 15 ans ou plus choisis par quota selon leur catégorie socio-professionnelle, d'autre part auprès de malades hospitalisés dans les hôpitaux publics et les cliniques privées.

Ce rapport contient également une proposition de définition des tâches pour toutes les catégories professionnelles exerçant au sein des hôpitaux.

Ce rapport tire les conclusions suivantes:

- Les ressources allouées aux hôpitaux publics sont insuffisantes; les pénuries de toutes sortes sont la règle;
- Ces faibles ressources sont mal gérées;
- L'hygiène, la qualité des soins et l'alimentation laissent à désirer;
- Trop de patients échappent au paiement sous prétexte d'indigence;
- La majorité des personnes enquêtées (75%) pensent que l'état doit financer les soins hospitaliers et que 6% seulement proposent d'autres sources de financement telles que aide extérieure, participation de toute la population ou seulement des riches;
- 67, 7% des enquêtés sont prêts à payer plus pour des soins de meilleure qualité;
- La nécessité d'augmenter les salaires du personnel apparaît comme une condition de l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux;
- Il est nécessaire de revoir l'organisation et la gestion des hôpitaux, en particulier la gestion des médicaments et des ressources destinées à l'alimentation.

**24. Ministère de la Santé Publique, 1988. "Projet Pikine: Soins de Santé Primaire en Milieu Urbain—Fascicule VI, Années 1986-1987", Dakar.**

Le rapport présente les activités du Projet de SSP de Pikine des années 1986 et 1987. Certaines des données tabulées, cependant, couvrent plusieurs années et dressent ainsi l'évolution du système d'autofinancement du projet.

Par rapport à l'année 1983, les paiements forfaitaires se sont accrus en 1987 pour certaines catégories de consultations. C'est ainsi que les frais de consultations enfants et adultes se sont accrus de 50% pendant que les paiements des soins dentaires sont restés au même niveau qu'en 1983. Les auteurs indiquent que les niveaux des paiements ont été déterminés de façon à couvrir les frais réels des différents contacts.

Les recettes et dépenses des structures sanitaires, qui ont connu une croissance soutenue entre 1983 et 1986, ont baissé en 1987. En effet, il est estimé que les consultations curatives, qui étaient restées quasi stables entre 1983 et 1986, ont baissé en 1987. Les consultations prénatales n'ont cessé de s'accroître durant la période, alors que les accouchements ont enregistré une baisse de 4% entre 1986 et 1987. Les vaccinations, par contre, ont plus que doublé entre les deux années.

La part de la participation des populations dans le financement de frais de fonctionnement, après avoir décliné de 81 % en 1983 à 70% en 1984 à la suite d'une participation accrue de l'Etat, se situe à 76% en 1987.

25. Mitchell, Marc D., et John Rogosch, 1987. "Child Survival Strategies for Senegal", PRITECH et Office of Health, Nutrition, and Population, USAID, Dakar.

L'objectif de cette étude est de proposer à l'USAID/Sénégal une ligne d'action pour le développement des programmes de survie de l'enfant au Sénégal.

Tous les programmes de survie de l'enfant ont été étudiés et les aspects sur lesquels il est nécessaire d'agir sont précisés.

Le problème du financement du coût de la mise en oeuvre est apparu comme un problème fondamental qui conditionne l'atteinte des objectifs de tous les programmes de survie de l'enfant.

C'est pourquoi les auteurs ont proposé des actions que l'USAID/Sénégal peut mener pour aider le Sénégal à mettre en place un système de recouvrement de coût acceptable et accessible aux différentes couches sociales de la population, compte tenu de son expérience au Sine-Saloum et dans d'autres pays.

Ces propositions comportent:

- Une revue des expériences de recouvrement du coût existant au Sénégal en mettant l'accent sur les facteurs de réussite et les facteurs d'échec;
- Une évaluation de la capacité et de la volonté des utilisateurs de payer les services reçus et l'influence du coût des soins sur la demande de soins des différentes composantes de la population;
- La participation à l'élaboration d'un modèle de tarification de tous les soins, qu'ils soient curatifs ou préventifs, externes ou internes;
- L'élaboration d'un protocole de recherche opérationnelle visant la surveillance continue et à long terme du processus de recouvrement de coût mis en place en prêtant une attention particulière au maintien de la qualité des soins et à l'autonomie du système par rapport à des sources de financement extérieures.

26. Nguyen, Chanh Tam, 1983a. "Notice d'Information", Colloque sur les Finances Locales, Faculté des Sciences Juridiques et Economiques, Université de Dakar.

Ce document présente les textes législatifs et réglementaires relatifs à l'organisation administrative territoriale des circonscriptions administratives et des collectivités locales et aux finances locales. La terminologie des finances locales et les règles régissant les budgets locaux sont présentées.

Le document résume l'environnement légal dans lequel sont inscrites les contraintes du financement de la santé au niveau local. Concernant les Communautés Rurales, cependant, la loi ne donne aucune précision sur les dépenses ordinaires facultatives, dont la décision est sous la tutelle du Conseil rural, qui entre autres pourraient inclure les dépenses destinées à l'achat des médicaments.

27. Nguyen, Chanh Tam, 1983b. "Autonomie Financière et Décentralisation Administrative Territoriale dans le Cadre des Communes Sénégalaises", dans Colloque sur les Finances Locales, Faculté des Sciences Juridiques et Economiques, Université de Dakar.

Ce document discute du degré d'autonomie financière dont disposent les collectivités locales que sont les communes et les communautés rurales. L'auteur indique que l'autonomie financière au niveau de la communauté rurale est contrainte par une nomenclature à l'état embryonnaire, toujours dominée par la taxe rurale. Il est suggéré l'extension de certaines recettes prévues pour les budgets communaux aux budgets ruraux.

Concernant les budgets communaux, l'auteur indique deux alternatives ouvertes au financement local. La première qui consiste à demander des subventions à l'Etat au prix cependant de perdre l'autonomie de décision. La deuxième qui consiste à exiger de l'Etat la mise en place d'une politique de moyens permettant aux communes d'accroître leurs ressources.

Cette alternative est préférée par l'auteur. Il donne des détails sur les possibilités d'accroître les ressources. Parmi d'autres, la possibilité d'accroître les revenus du domaine incluant les structures sanitaires, est sise sur le rejet du principe de gratuité du service public par l'auteur basé sur l'argument que le droit des administrés est de réclamer la qualité et la continuité des services publics et non la gratuité.

28. Over, Mead, Jr., n.d. "Five Primary Care Projects in the Sahel and the Issue of Recurrent Costs", Harvard Institute of International Development, Cambridge, Massachusetts.

L'objectif du rapport est d'examiner les implications budgétaires, les coûts récurrents particulièrement, de la mise en oeuvre des Soins de Santé Primaires (SSP) dans les pays du Sahel. L'auteur postule que la dimension des coûts récurrents d'un programme SSP est principalement fonction des choix concernant le niveau des services à fournir, la supervision des prestataires de services et du système de participation locale adoptée. Selon ces critères, l'auteur examine les performances d'un projet SSP Nigérien et de quatre projets SSP Sénégalais dont ce de Pikine, Gossas, Fatick et Sine-Saloum.

Dans le contexte du Sénégal, l'unité de base de la prestation des services de santé discrimine le projet urbain de Pikine et les projets ruraux. A Pikine l'unité de base est le poste de santé classique couvrant les soins infirmiers et/ou les soins prénatals. Dans les projets ruraux, une équipe de santé communautaire devait recevoir une formation dans le cadre du projet afin d'assurer la prestation d'un nombre restreint de soins de santé de base au niveau villageois. A Pikine, la compensation du personnel paramédical des postes de santé était prise en charge par l'état et/ou la municipalité, alors que les agents de santé communautaire (ASC) étaient prévus d'être compensés pour leurs activités par les populations elles-mêmes.

La supervision dans le projet de Pikine n'est pas examinée par l'auteur. En ce qui concerne les projets ruraux, cependant, le projet de Gossas s'est individualisé par la formation et la supervision des ASC par une équipe d'expatriés Canadiens. La conséquence a été la faible implication du personnel de la santé local dans les activités techniques du projet.

Concernant la participation des populations dans le financement et le contrôle des activités des agents techniques, le projet de Pikine s'est individualisé par la mise sur pieds d'une organisation d'associations de santé assez sophistiquée et très performante dans le recouvrement des coûts et la distribution des médicaments. La performance des projets ruraux sur ce plan a été cependant très modeste.

29. Reveillon, M., 1987. "Aspects Economiques et Financières de la Participation des Populations au Développement des Services de Santé de Base à Pikine (S)", Medicus Mundi, Belgique.

Cette étude décrit l'organisation de la participation communautaire des populations dans le département de Pikine en insistant sur les aspects financiers.

La centrale d'approvisionnement en médicaments essentiels est pour l'auteur la pièce maîtresse de tout le système. L'évolution des recettes et dépenses est étudiée en détail de 1975 à 1985 en précisant les sources de financement. L'auteur fait aussi une comparaison entre le coût moyen pondéré d'un traitement et les tarifs en vigueur pour les soins curatifs.

Les principales conclusions de cette étude sont que:

- Les achats de médicaments financés par la population son 12 fois supérieurs au budget médicament alloué par l'Etat;
- Ce résultat économique ne permet pas de conclure à une amélioration de la qualité de soins;
- Les allocations budgétaires de l'Etat ne devraient pas rester figées comme c'est le cas actuellement, mais tenir compte des besoins non satisfaits par les recettes locales.
- La place des techniciens dans le processus de participation doit être repensée pour éviter que l'APS, devenue une puissance financière réelle comme le montrent les chiffres, n'impose unilatéralement sa volonté.
- Le manque de formation en gestion des membres de l'APS limite leur efficacité pour une meilleure utilisation des recettes.

30. Sénégalaise d'Etudes, de Conseils et d'Interventions, 1982. "Document de Travail: Les Soins de Santé Primaire au Sine Saloum—Evaluation du Projet USAID".

Le document présente une évaluation détaillée des coûts opérationnels du projet du Sine-Saloum supporté par l'USAID, et représente une des premières études sur les coûts du projet. Par ailleurs, l'étude a produit des prédictions des coûts du projet pour les deux années à suivre (1982 et 1983), et a proposé des stratégies pour la couverture de ces coûts par le gouvernement et l'USAID. L'étude est basée sur un schéma d'une étude des coûts récurrents développé par un consultant de l'USAID en 1981. Ce schéma ventilait les coûts totaux en coûts récurrents et coûts d'investissement, les derniers étant subdivisés en coûts directs et en coûts indirects.

L'étude fournit des tableaux détaillés d'estimations de coût par catégorie de coûts et sources de financement. Un total de 72% des coûts opérationnels du projet ont été encourus durant la première année du projet, les consultations à court terme représentant la majeure partie de ces charges.

Par ailleurs, les coûts administratifs au niveau régional représentaient approximativement 2/3 des charges direct de projet. Le coût moyen d'une tournée était d'environ 1.800 F.CFA à Kaolack et de 2.500 F.CFA à Nioro. Les coûts récurrents du projet sont financés principalement par l'USAID.

Les projections de coûts ont révélé un accroissement majeur des coûts du projet, principalement dans le poste de supervision. Plus le projet s'établit et plus des cases de santé sont construites, plus les ressources seront affectées à la supervision des activités des cases de santé. Il y aura aussi un accroissement du coût de la maintenance et de la réparation du stock vieillissant des véhicules. Il sera difficile pour le Gouvernement du Sénégal d'absorber ces accroissements des coûts récurrents dans le court terme.

31. Sylla, Médecin-Colonel Mady Oury, 1983. "Bilan de la Participation des Populations à l'Effort de Santé Publique du Sénégal", DHPS, Ministère de la Santé Publique, Dakar.

Le document résume l'expérience de la politique des soins de santé primaires au Sénégal, et présente des résultats sur la base de données de 1983 sur les revenus et les dépenses des services publics de soins de santé primaires. Ce bilan sur les contributions financières des populations contient aussi des informations sur la construction des infrastructures physiques, le recrutement des agents de santé communautaire, et le nombre de comités de santé et d'Association pour la Promotion de la Santé (APS) créés.

L'auteur présente un résumé des lois et décisions majeures qui ont affecté la participation communautaire dans les soins de santé. Les données ont été collectées au cours de visites sur le terrain et à partir de statistiques officielles. Le rapport décrit la confusion existant à propos du rôle des APS parmi les autorités administratives de différentes régions, et de la variation dans la proportion des revenus générés dans le cadre de l'auto-gestion.

Il se trouve que bien que des sommes importantes d'argent ont été collectées dans le cadre de l'auto-gestion, les comités de santé manquent de formation, ce qui a résulté sur une mauvaise gestion des fonds. Il découvre qu'il y a eu peu de direction de la part du gouvernement central, peu de coordination verticale et horizontale, et qu'il n'y a pas de moyens pour superviser les comités de santé. L'auteur recommande que la collecte et l'analyse des données sur la participation communautaire soient systématisées, et que les fonds de l'auto-gestion soient alloués selon les spécifications de la Brochure Rouge. Par ailleurs, il supporte la formation des membres des comités de santé.

32. USAID, 1980. "Senegal: The Sine Saloum Rural Health Care Project", Project Impact Evaluation, Report No. 9.

Ce projet a été revu dans le cadre de la programmation d'un système d'évaluation ex-post de localité sur l'impact des programmes dans plusieurs secteurs représentatifs du programme de l'agence. Cependant, cette évaluation d'impact a été réalisée avant la fin du projet et, à cet égard, elle est quelque peu différente d'autres évaluations réalisées jusqu'à présent.

Ce document affirme que le projet du Sine-Saloum avait de sérieux problèmes et ouvrait le danger de s'écrouler au moment de l'évaluation. Un tiers des cases de santé étaient déjà fermées. Par ailleurs, il est réalisé que l'USAID payait pour la plupart des coûts du projet, et que des facteurs tels que la sélection et la rémunération des agents de santé du village, les coûts de transport et l'utilisation des systèmes d'information des services sont des problèmes majeurs du projet. L'évaluation a affirmé que l'administration de l'USAID dans la mise en oeuvre du projet a été jusqu'à présent un échec.

Afin d'assurer le fonctionnement du système des cases de santé, trois conditions doivent être remplies:

1. Les cases de santé doivent être viables financièrement;
2. Le gouvernement du Sénégal doit pourvoir un support et une supervision adéquats; et,
3. Un système efficient d'offre médicale doit être organisé.

Le rapport fait des recommandations allant de la révision urgente du système des paiements directs des usagers, au renforcement de l'équipe de gestion, la révision de la localisation des cases de santé et des politiques concernant le paiement des agents de santé du village, à la mise en place d'un système adéquat pour le support des comités de gestion du village. L'extension du développement du système des cases de santé à d'autres départements devraient être conditionnée sur le renforcement de la gestion des formations existantes et l'introduction avec succès de la planification familiale dans les cases de santé telle qu'exprimée dans les documents du Projet. Une révision attentive du problème continuel des coûts devrait être réalisée.

33. USAID, 1986. "Mid-Term Evaluation of the Rural Health Services Project II", Office of Health, Nutrition and Population, Dakar.

Ce document présente une révision financière du Projet du Sine-Saloum (phase II). L'objectif est d'arriver à une meilleure compréhension de la structure des coûts du projet et d'aider à la planification des dernières années à la fin desquelles les activités doivent être intégrées dans les entités du Gouvernement du Sénégal.

Les résultats majeurs de cette évaluation soulignent le fait que le projet, tel que conçu actuellement, coûte trop chère pour le Gouvernement du Sénégal de le prendre en charge dans le futur. Le transport, les per diem de formation, et le fonctionnement du bureau du projet de Kaolack représentent les trois catégories de coût majeures de l'analyse, avec le bureau du projet occupant près de 50% du coût total du projet. Sous la catégorie transport, le carburant et la réparation des véhicules et des mobylettes représentent les éléments majeurs de coût. L'étude a démontré qu'après quatre années, les coûts de réparation des véhicules du projet étaient élevés par rapport aux prix d'achat; par conséquent, un examen du stock de véhicules doit être réalisé. Il a été découvert aussi que le coût récurrent d'opération des véhicules était plus élevé de 22% que le budget de fonctionnement personnel (exclu du Gouvernement du Sénégal) dans les régions de Kaolack et de Fatick. De cette seule perspective, il apparaîtrait que le support de ce niveau de dépenses est au delà des moyens du Gouvernement du Sénégal. Les coûts de transport ont été accrus à cause de l'utilisation substantielle des véhicules qui n'est pas liée à supervision. Les per diem de formation des agents de santé de village représentaient plus d'un mois de leur revenu annuel, ce qui devait être le facteur incitatif pour doit un agent de santé communautaire.

Se basant sur ces résultats, le consultant fit 10 recommandations:

1. Une étude de la nature précise de tous les comptes locaux du projet devrait être entreprise;
2. Le budget 1987-88 devrait être alloué sur 12 mois et les dépenses reliées au budget;
3. Un audit compréhensif devrait être réalisé pour déterminer l'exactitude des données financières;
4. Le système comptable devrait être informatisé;
5. L'utilisation des voitures Peugeot 404 devrait être arrêtée à cause de leur coût et de leur inefficacité;
6. Le plan de supervision devrait être révisé pour éliminer le transport qui n'est pas nécessaire et pour réduire le coût actuel du système;
7. Le MC de la décentralisation devrait être contacté pour clarifier le définition des biens d'investissement concernant l'achat et la maintenance des mobylettes par les CR;

8. Le per diem de formation devrait être réévalué;
9. Le centre régional de formation devrait être converti en un centre à but lucratif offrant ses services à d'autres projets;
10. Au minimum, un fonds de roulement pour les médicaments devrait être mis en place dans la zone du projet. Finalement, une étude du processus de restitution du projet aux autorités locales doit être réalisée.

34. Vours, René, 1991a. "Evaluation des Flux de Financement Destines au Secteur de la Santé sur la Période 1988-90", Banque Mondiale.

Cette étude tente d'évaluer l'ensemble des sommes consacrées à des dépenses de santé de 1988 à 1990, en distinguant les sources principales de financement, et, les prestataires de services qu'ils soient publics, privés lucratifs ou privés non lucratifs.

Les sources de financement sont réparties en 5 catégories: (1) l'Etat (M.S.P.A.S. et autres ministères); (2) l'aide internationale; (3) les employeurs (parmi lesquels on retrouve l'Etat); (4) les assurances et les mutuelles; (5) les ménages.

Les prestataires de services sont réparties en 3 catégories: (1) le secteur hospitalier, (2) les services ambulatoires, (3) les autres actions liées à la santé (structures de ventes de médicaments et produits destinés à la santé, structures de gestion, de formation et de recherche en rapport avec la santé).

L'analyse est faite à partir d'informations chiffrées tirées de documents officiels ( les budgets, les documents de projets et les rapports statistiques) et à partir d'estimations grossières par déduction (dues au manque de données précises sur certains flux).

Cette étude permet d'avoir une vision globale des flux financiers, à l'échelle de tout le Sénégal, et d'avoir des ordres de grandeur sur la part relative supportée par chaque source de financement et la part perçue par chaque catégorie de prestataire.

Les principales informations qu'on peut en tirer, à ce stade, sont que:

- Les dépenses supportées par les ménages, pour la période étudiée seraient de l'ordre de 17, 9 milliards FCFA, soit 1, 6% du total de leur consommation finale sans tenir (compte des dépenses effectuées dans le système traditionnel);
- Les dépenses d'investissement dans le secteur de la santé ont baissé depuis 1980, et sont inférieures aux dépenses d'investissement des autres secteurs;
- L'aide internationale est consacrée, de façon croissante, à des dépenses récurrentes (alors que traditionnellement, elle portait surtout sur les investissements), ce qui traduit une fuite en avant dans la dépendance extérieure;
- Le pourcentage du budget global de l'état alloué à la santé n'est que de 4, 4% en 1988-89 contre 10% en 1979;

- L'amortissement du capital (bâtiments, équipements médicaux, véhicules ainsi que les frais liés à la maintenance n'est pas pris en compte dans les prévisions budgétaires;
- Le capital constitué par les formations sanitaires publiques peut être estimé à 75 milliards et l'amortissement annuel équivaldrait à, en moyenne, 5% de ce capital;
- La priorité a été donnée aux soins de santé primaires dans les allocations de ressources durant la période étudiée;
- La non viabilité des Institute de Prévoyance Médical (IPM) dans leur conception actuelle (faible nombre de cotisants et nombre élevé d'ayant droits) est établie.

L'auteur souligne déjà la nécessité de mener des études plus précises, en particulier:

- Des enquêtes auprès des ménages dans le cadre du programme d'action sur la Dimension Sociale de l'Ajustement (DSA);
- Une enquête sur le chiffre d'affaire des prestataires du secteur privé, en distinguant cliniques et cabinets privés.

35. Vours, René, et Paul Lechuga, 1991. "Le Financement de la Santé au Sénégal: Le Secteur d'Hospitalisation-Etat et Perspectives de Développement", Banque Mondiale.

Ce rapport rassemble des données concernant la capacité, l'utilisation, le personnel, les coûts et les recettes des hôpitaux du Sénégal. Les données portent surtout par la période 1987-90, et sont tabulées pour certains hôpitaux individuels pour lesquels l'information est fournie. Ceci inclue les hôpitaux de Le Dantec, Principal, Fann et Royer de Dakar, le CTO de Dakar, l'hôpital St. Jean Dieu de Thiès, et les hôpitaux régionaux de Thiès et de Tambacounda.

Les auteurs notent les différences majeures qui existent entre les hôpitaux concernant des indicateurs liés à productivité tels que le pourcentage du potentiel de journée-lits actuellement utilisé, et le coût salarial d'une journée-lit.

Concernant le recouvrement des coûts, les auteurs fournissent des informations significatives du CTO, qui en 1990 a facturé un total de 1,3 millions de FCFA à des parties tiers pour des services seulement une faible partie de cette somme a été actuellement payé au centre. Les auteurs suggèrent que cette performance sème des doutes sur la sagesse de trop compter sur l'assurance maladie pour la viabilisation des systèmes de financement de la santé au Sénégal dans un futur proche.

36. Vogel, Ronald J., 1988. "Cost Recovery in the Health Sector: Selected Country Studies in West Africa", World Bank Technical Paper No. 82, Washington DC.

Cette étude décrit le financement de la santé en Afrique de l'Ouest en se basant sur l'expérience du Sénégal, du Mali, de la Côte d'Ivoire et du Ghana. Elle est axée principalement sur le recouvrement des coûts, l'allocation des ressources et l'assurance maladie.

La partie sur le Sénégal est basée sur des visites sur le terrain, des entretiens avec les autorités de l'administration sanitaire et des données secondaires sur le financement de la santé. Elle met en exergue les tendances du budget de la santé entre 1973 et 1986, la participation des populations au financement de la santé, l'inadéquation du système d'assurance maladie organisant les IPM et le poids financier relatif du sous-secteur hospitalier privé comparé au sous-secteur hospitalier public.

Les niveaux des ressources disponibles pour le secteur santé reflètent principalement les performances de l'économie nationale. Au Sénégal, le Produit National Brut réel par habitant, après une légère croissance entre 1977 et 1980, a substantiellement décliné entre 1980 et 1985. Les dépenses gouvernementales réelles sur la santé ont connu les mêmes tendances. En effet, alors que le budget de la santé représentait 7,8 % du budget de l'Etat en 1973/74, il ne représentait que 5,8 % en 1980/81 et 2,4 % en 1986/87.

La décroissance de la part relative du budget de la santé s'est accompagnée d'une participation accrue des populations au financement de la santé par le biais de l'instauration du recouvrement des coûts principalement dans les bas échelons de la hiérarchie sanitaire. L'auteur souligne le caractère régressif de la politique de recouvrement des coûts dont la mise en oeuvre était plus suivie au niveau des postes et centres de santé utilisés particulièrement par les relativement pauvres. Il articule l'historique du recouvrement des coûts dans le secteur public sur l'expérience péri-urbaine de Pikine dont la performance de dynamiques comités de santé a promu en modèle national, les difficultés de l'expérience rurale au Sine-Saloum malgré le soutien de l'USAID et l'expérience hospitalière de St Louis où le facteur déterminant de la mise en oeuvre semble avoir été le leadership du directeur de l'hôpital régional.

L'expérience du système d'assurance maladie instauré dans le secteur privé de l'économie par contre a souffert de sa base actuarielle trop limitée, son mécanisme de financement régressif et une surface de bénéficiaires trop large favorisant les abus autant de la part des prestataires de services que des consommateurs. L'auteur suggère une structure d'incitations de type Organisation de Maintenance de la Santé (HMO) pour réformer le système d'assurance maladie.

A titre comparatif, l'auteur présente la gestion privée de l'Hôpital Principal dont le budget représente 78 % du budget de tous les hôpitaux du secteur public d'une part; l'Hôpital St Jean de Dieu dont le budget équivaut au budget de l'ensemble des hôpitaux régionaux du pays.

37. Banque Mondiale, 1982. "Rapport d'Evaluation: Sénégal—Projet de Santé Rurale".

Ce papier est un document de projet - IDA sur la santé rurale au Sénégal qui vise à doter le pays de moyens techniques, logistiques et gestionnaires suffisants dans les domaines des soins de santé primaires, de la nutrition et de la planification familiale. Une analyse de la situation du secteur de la santé y est présentée; la stratégie et les contraintes du secteur de la santé sont discutées; finalement, le projet proprement dit est présenté.

Concernant le financement public de la santé, il est indiqué que les crédits budgétaires ordinaires pour le secteur de la santé, qui se situaient en 1971/72 à 9% du budget de fonctionnement national, étaient tombés à 5,8% en 1981/82: en termes absolus, ils étaient de 20 millions de dollars, soit 24% du total estimatif des dépenses nationales dans le secteur. Jusqu'alors, la moitié du budget était allouée aux services hospitaliers.

Dans un contexte fiscal de plus en plus contraignant, l'Etat compte sur la participation des populations pour financer les soins de santé en zone rurale. Il est estimé que les subventions des comités de santé représentent en moyenne 38% des dépenses renouvelables des postes de santé et une participation de l'ordre de 15% des coûts de fonctionnement des centres de santé.

Dans le Vème plan (1977-81), le budget d'investissement prévu du Ministère de la Santé ne représentait que 2,3% budget d'investissement de l'Etat et n'a été réalisé qu'à hauteur de 4%. La majorité des projets réalisés intéressaient essentiellement le sous-secteur hospitalier et étaient financés à 80% par l'assistance extérieure ou par des crédits fournisseurs.

Concernant les autres sous-secteurs de la santé publique, le déploiement et la rénovation des postes de santé ont été soutenus grâce à l'assistance de la Suisse et des Etats-Unis. Dans ce cadre, le projet de l'IDA décrit dans le document vise à transformer les centres de santé en pivots des programmes de soins de santé primaires en zone rurale.

Une annexe fournie présente les distributions géographique et fonctionnelles du personnel de la santé, les dépenses récurrentes sur la santé de 1977 à 1981, la situation financière des comités de santé en 1980/81 et l'assistance étrangère au secteur de la santé entre 1977 et 1982.

38. Banque Mondiale, 1991a. "Rapport d'Evaluation: Sénégal—projet de Développement des Ressources Humaines".

Ce document présente un projet axé sur les secteurs santé et population et qui visent à améliorer l'acquis et la qualité des services sociaux de base. Ces objectifs seront atteints grâce à une meilleure définition des priorités, une allocation des ressources conséquentes, une adéquation des prestations aux besoins et une mobilisation des ressources autant publiques que privées.

Le projet intégrant les secteurs santé et population, un tableau de la situation démographique et des activités de population est dressé par les auteurs. Le contexte du projet est complété par un résumé de la situation du secteur de la santé, dont le financement de la santé.

Faute d'études récentes sur les sources de financement de la santé, il est indiqué qu'en 1981 40% des dépenses de santé provenaient du secteur privé. Quant au secteur public, il était financé à hauteur de 33% par le budget central, 9% par les budgets locaux et 18% par l'assistance étrangère. Environ 12% du PIB étaient dépensés pour la santé; les dépenses privées, dont la moitié était allouée à l'achat de médicaments, représentaient 1.4% des dépenses totales de la consommation privée.

Malgré un engagement à protéger les dépenses sociales dans un contexte d'ajustement économique par l'augmentation de la part de la santé publique dans le budget national à 4.7% comparé à 3.8% en 1985-88, le montant des crédits par habitant a diminué en valeur réelle. Les années 80 voient l'instauration du recouvrement des coûts. Les auteurs reportent cependant que les sommes recouvrées ne représentaient guère 5% des dépenses privées totales et s'élevaient en moyenne à 0.15 dollars (année non donnée). Il est noté une érosion du dynamisme des associations de santé, dont une diminution des fonds mobilisés depuis 1985.

Le projet-document soulève certaines questions sur la prestation des services de santé incluant l'insuffisance des crédits de fonctionnement qui se reflètent par les pénuries de médicaments, une utilisation inefficace générale des ressources sectorielles qui, sur le plan des médicaments en particulier, résulte de pratiques non rationnelles de prescription d'une part, de méthodes inefficaces d'achat, de distribution et de stockage de médicaments d'autre part. Il est en outre noté la mauvaise gestion autant des formations sanitaires, des ressources des organisations communautaires de santé que de l'assistance étrangère dans le secteur.

Parmi les composantes du projet de développement des ressources humaines qui affecteraient l'environnement du financement de la santé, on peut citer le développement des districts sanitaires, pièce-maîtresse de la réforme du secteur de la santé, et les efforts pour favoriser l'utilisation et la disponibilité des médicaments essentiels.

39. World Bank, 1991b. "Senegal Public Expenditure Review: The Health Sector".

Ce document présente des informations de base concernant les opérations du système de santé au Sénégal, et discute un nombre important de questions politiques liées à son développement futur.

Les données présentées sur le système actuel portent principalement sur les années 1988 ou 1989, et couvrent les effectifs et types d'unités sanitaires, autant publiques que privées, les effectifs du personnel de santé, et les sources de financement.

Toutes les questions politiques discutées requièrent des action-remèdes dans le futur, parmi celles-ci il est noté les questions suivantes:

- Inefficace et inéquité dans le fonctionnement de la pyramide des soins de santé dans le secteur public;
- Inefficace dans la provision, le stockage, et la distribution des médicaments;
- Surplus et déficits de différentes catégories de personnel médical;
- Formation médicale déficiente;
- Manque de coordination entre les activités sanitaires des secteurs public et privé;
- Manque de coordination dans les programmes d'aide des bailleurs de fonds étrangers, gouvernementaux comme non gouvernementaux;
- Abus des schémas de recouvrement des coûts;
- La nature incomplet et incohérente du plan d'investissement public dans le secteur de la santé;
- L'absence des provisions financières pour l'amortissement dans le plan d'investissement;
- Faiblesses de planification et de budgétisation au niveau du Ministère de la Santé Publique;

Le document propose quelques éléments d'un programme de dépenses à moyen terme qui pourraient aider à trouver des solutions à ces problèmes.

L'expérience du système d'assurance maladie instauré dans le secteur privé de l'économie par contre a souffert de sa base actuariel trop limitée, son mécanisme de financement régressif et une surface de bénéficiaires trop large favorisant les abus autant de la part des prestataires de services que des consommateurs. L'auteur suggère une structure d'incitations de type Organisation de Maintenance de la Santé (MHO) pour réformer le système d'assurance maladie.

L'auteur constate que les hôpitaux publics ne sont pas motivés à recouvrer les coûts puisque les recettes sont versées au Ministère des Finances et échappent totalement à l'hôpital qui les collecte. Là où les A.P.H. (Association pour le Promotion de l'Hôpital) existent, elles ont un effet bénéfique certain; car elles peuvent collecter des recettes et les utiliser pour financer les activités de l'hôpital.

Il observe que le secteur privé, bien que desservant une minorité, collecte la majeure partie des sommes consacrées par des demandeurs de soins, que ce soit des personnes physiques ou des personnes morales.

1. Barlow, Robin, Logan Brenzel, et Genevieve Kenney, 1988. **"Proposition d'Etude sur le Financement des Soins de Santé au Sénégal"**, Projet REACH, AID, Washington DC.
2. Bloom, Abby, 1984. **"Prospects for Primary Health Care in Africa: Another Look at the Sine Saloum Rural Health Project in Senegal"**, Bureau for Program and Policy Coordination, Office of Policy Development and Program Review, AID, Washington DC.
3. Cissouma, Moulaye, 1991. **"Eléments Méthodologiques de la Mise en Place d'une Tarification Rationnelle au Centre de Traumatologie et d'Orthopédie de Dakar"**, memoir pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Supérieures en Gestion des Services de Santé, CESAG.
4. Coulon, Anne, 1985. **"Enquête sur les Budgets Familiaux dans Trois Villages Serer de la Zone de Niakhar -- Une Approche Particulière : Les Dépenses de Santé"**, ORSTOM, Dakar.
5. Daly, Patricia, et Aida Lo Faye, 1985. **"Community Financing of Primary Health Care in Senegal"**.
6. Diallo, Issakha, 1987. **"Special Study -- Senegalese Health Care Financing: An Alternative Approach"**, Tulane University.
7. Diop, Issa, et Ibrahim Diong, 1987. **"Analyse Economique et Financière d'un Projet d'Approvisionnement des Structures Périphériques en Médicaments Essentiels"**, DAMPET et DRPF, Ministère de la Santé Publique, Dakar.
8. Diouf, Abdoul Hamid, n.d. **"Etudes des Charges Récurrentes: Santé-- Génie Civil."**
9. Dumoulin, Jerome, et Arthur Lagace, 1990. **"Economic and Financial Aspects of Health Services in Senegal"**, USAID/Dakar.
10. ENDA Tiers Monde, 1988. **"La Consommation de Médicaments à Dakar: Contribution à une Politique de Médicaments Essentiels"**, avec la contribution de Terre des Hommes et du C&DI.
11. ENDA Tiers Monde, 1990. **"Prescripteurs et Utilisateurs de Médicaments et Plantes Médicinales au Sénégal: Rapport Préliminaire"**.

12. Gaye, Pape Amadou, 1985. "The Private Sector in the Provision of Health Services in Senegal: A Preliminary Description and Terms of Reference for a Comprehensive Study".
13. Gray, Clive, 1983. "Financement Communautaire des Soins de Santé au Sine-Saloum, Sénégal", PRICOR et Harvard Institute of International Development.
14. Herrington, James E., Jr., 1983. "Recommendations for the Senegal Rural Health Phase II Project: Pharmaceutical and Medical Material Distribution Systeme", Projet No. 685-0242.
15. Jancloes, Michel, et al., 1985. "Financing Urban Primary Health Services: Balancing Community and Government Financial Responsibilities, Pikine, Sénégal, 1975-81", Tropical Doctor, 15.
16. King, C., 1982. "Projet de Santé Rurale au Sénégal: Analyse du Système de Distribution des Médicaments -- Rapport Analytique", USAID, Dakar.
17. Mashayekhi, A., 1981. "A Study of the Financing of the Health Sector in Senegal", Population, Health, and Nutrition Department, USAID, Dakar.
18. Ministère de la Santé Publique, 1985a. "Projet Pikine: Soins de Santé Primaires en Milieu Urbain -- Fascicule III, Année 1983", Dakar.
19. Ministère de la Santé Publique, 1985b. "Projet Pikine: Soins de Santé Primaires en Milieu Urbain -- Fascicule IV, Année 1984", Dakar.
20. Ministère de la Santé Publique, 1986. "Projet Pikine: Soins de Santé Primaires en Milieu Urbain -- Fascicule V, Année 1985", Dakar.
21. Ministère de la Santé Publique, 1987a. "Projet de Reforme du CHU", Dakar.
22. Ministère de la Santé Publique, 1987b. "Atelier sur la Participation des Populations a l'Effort de Santé", Dakar.
23. Ministère de la Santé Publique, 1987c. "Pré-Rapport du Group de Travail Chargé de la Reforme du Santé Hospitalier", Dakar.

24. **Ministère de la Santé Publique, 1988. "Projet Pikine: Soins de Santé Primaire en Milieu Urbain -- Fascicule VI, Années 1986-1987", Dakar.**
25. **Mitchell, Marc D., et John Rogosch, 1987. "Child Survival Strategies for Senegal", PRITECH et Office of Health, Nutrition, and Population, USAID, Dakar.**
26. **Nguyen, Chanh Tam, 1983a. "Notice d'Information", Colloque sur les Finances Locales, Faculté des Sciences Juridiques et Economiques, Université de Dakar.**
27. **Nguyen, Chanh Tam, 1983b. "Autonomie Financière et Décentralisation Administrative Territoriale dans le Cadre des Communes Sénégalaises", dans Colloque sur les Finances Locales, Faculté des Sciences Juridiques et Economiques, Université de Dakar.**
28. **Over, Mead, Jr., n.d. "Five Primary Care Projects in the Sahel and the Issue of Recurrent Costs", Harvard Institute of International Development, Cambridge, Massachusetts.**
29. **Reveillon, M., 1987. "Aspects Economiques et Financières de la Participation des Populations au Développement des Services de Santé de Base à Pikine (S)", Medicus Mundi, Belgium.**
30. **[]Sénégalaise d'Etudes, de Conseils et d'Interventions, 1982. "Document de Travail: Les Soins de Santé Primaire au Sine Saloum -- Evaluation du Projet USAID".**
31. **Sylla, Médecin-Colonel Mady Oury, 1983. "Bilan de la Participation des Populations à l'Effort de Santé Publique du Sénégal", DHPS, Ministère de la Santé Publique, Dakar.**
32. **USAID, 1980. "Senegal: The Sine Saloum Rural Health Care Project", Project Impact Evaluation, Report No. 9.**
33. **USAID, 1986. "Mid-Term Evaluation of the Rural Health Services Project II", Office of Health, Nutrition and Population, Dakar.**
34. **Vaurs, René, 1991a. "Evaluation des Flux de Financement Destines au Secteur de la Santé sur la Période 1988-90", Banque Mondiale.**

35. **Vauris, René, et Paul Lechuga, 1991. "Le Financement de la Santé au Sénégal: Le Secteur d'Hospitalisation -- Etat et Perspectives de Développement", Banque Mondiale.**
36. **Vogel, Ronald J., 1988. "Cost Recovery in the Health Sector: Selected Country Studies in West Africa", World Bank Technical Paper No. 82, Washington DC.**
37. **Banque Mondiale, 1982. "Rapport d'Evaluation: Sénégal— Projet de Santé Rurale".**
38. **Banque Mondiale, 1991a. "Rapport d'Evaluation: Sénégal— Projet de Développement des Ressources Humaines".**
39. **World Bank, 1991b. "Senegal Public Expenditure Review: The Health Sector".**