



Centre Africain d'Etudes Supérieure en Gestion



CESAG-SANTE

19^{ème} Promotion



Pour l'obtention du diplôme de
MASTER BUSINESS ADMINISTRATION-ECONOMIE DE LA SANTE
MBA-ES

Année académique 2016-2017

**THEME : EVALUATION DE L'EFFICACITE D'UNE
POLITIQUE DE GRATUITE DES SOINS MEDICAUX
POUR LES PERSONNES AGEES EN MILIEU RURAL :
CAS DU PLAN SESAME A NIAKHAR**

Présenté Par :

Dr MELEDJE AGNES KENNETH GLENN (Médecin)

Sous la Direction de :

Dr DIAKITE Karim

Economiste-Professeur associé au CESAG

Encadreur-IRD :

Dr ALDIOUMA Diallo

Médecin-Epidémiologiste-chercheur à IRD

Décembre 2017



DEDICACES

DEDICACES

JE DÉDIE CE MÉMOIRE À...

L'Eternel des armées, pour toutes les grâces reçues durant tout mon séjour à Dakar. Aujourd'hui tu me permets de terminer ma formation avec ce mémoire. Merci encore pour cette grâce.

« Mon âme, bénis l'Eternel ! Que tout ce qui est en moi bénisse son saint nom !
Mon âme, bénis l'Eternel, et n'oublie aucun de ses bienfaits ! »

Psaume 103 verset 1 à 2

Mon DIEU, si tu me donne le succès, ne m'ôte pas l'humilité ; fais-moi me souvenir des difficultés et des épreuves qui conduisent à la réussite.

Et si tu me dépouille du succès, laisse-moi la volonté pour pouvoir vaincre l'échec.

A mon père et ma mère, vous avez toujours prié pour moi afin que je sois toujours dans les grâces du seigneur. Votre soutien est incommensurable. Puisse DIEU vous accorder la santé, la longévité. Que DIEU fasse en sorte que jamais je ne vous déçoive.

A mes frères et sœurs, pour l'amour fraternel. Ce travail fait partir des fruits de tous les efforts consentis par vous au cours de mes différentes formations. Que DIEU vous fasse grâce d'avoir la santé avec la joie et la paix en permanence.

A mes oncles et tantes, que ce travail vous procure satisfaction et joie.

A mes cousins, cousines, neveux et nièces, que DIEU vous bénisse.

A l'Institut de Recherche pour le Développement-Dakar (IRD-Dakar) pour tous vos travaux contribuant à l'amélioration des conditions de vie des populations de NIAKHAR et du SENEGAL en général.

A Dr Samassi Yacoubou, pour cette longue et franche amitié.
Que DIEU t'accorde la paix, la joie, le bonheur dans ta famille.

A Dr Litié Adams, Dr Tra-bi Broaly Richmond, en souvenir des moments vécus ensemble. Que ce travail marque le début d'une belle carrière professionnelle pour nous tous.

A la 19^{ième} promotion de CESAG-Santé, en souvenir des moments de stress des examens, de fatigue, mais aussi de joie.

Dédicace Spéciale au Professeur OUEGNIN GEORGES-ARMAND.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier...

Mme BEUGRE JUSTINE, Secrétaire Général du CESAG, merci Maman pour tous les conseils et le soutien dont j'ai reçu de votre part. Que DIEU vous bénisse.

Dr ELHADJI GUEYE, Chef de Département de CESAG-Santé, votre compétence de grand manager et de pédagogue constitue pour nous une boussole à suivre dans la gestion des affaires quotidiennes mais aussi dans la transmission aux cadets des connaissances acquises. Nous avons été honorés de vous côtoyer au cours de cette formation. Je reste persuadé que les futurs managers de CESAG-Santé profiteront énormément de votre art professoral. Que DIEU vous accorde la santé et toutes les bénédictions.

Dr SOKHNA CHEICK, Directeur de Recherche de l'Unité de Recherche sur les Maladies Infectieuses et Tropicales Emergentes (URMITE) à l'Institut de Recherche pour le Développement-DAKAR. Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme stagiaire au sein de votre unité. Que DIEU vous bénisse et vous accorde la sagesse et la santé.

Dr DIAKITE KARIM, Economiste-professeur associé au CESAG, juste vous dire merci. Merci, pour votre spontanéité et vos conseils que nous avons reçus au cours de notre formation. Je vous serai reconnaissant pour tous les efforts consentis pour l'élaboration de ce travail. Trouvez ici l'expression de ma reconnaissance et de notre profond respect.

Dr ALDIOUMA DIALLO, Médecin-épidémiologiste chercheur à l'IRD-Dakar, en acceptant de nous encadrer vous nous avez permis de vivre une nouvelle expérience dans de magnifiques villages au paysage particulier. Par vos qualités humaines et professionnelles, nous avons été émus. Votre disponibilité et l'attention que vous nous avez portée font de vous une source de sagesse à laquelle tout étudiant doit s'abreuver. Nos remerciements sincères et respectueux, pour avoir accepté de co-diriger ce mémoire de fin d'étude.

Les membres du jury, votre choix en tant membre du jury n'est pas un hasard, et c'est tout un honneur pour nous de vous avoir dans le jury. Merci maître.

Aux enseignants du CESAG particulièrement CESAG-Santé, ce travail est la récompense de votre engouement, votre sacrifice à la formation de futurs managers. Nous formulons toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude envers vous.

Maman EMILIE, Secrétaire de Dr SOKHA, votre aide nous a été capitale.

BABA SOW, Data manager à L'IRD-Dakar, merci pour tout le soutien que vous nous avez apporté.

L'équipe des enquêteurs de l'IRD-DAKAR à NIAKHAR, votre rigueur est un modèle à suivre. Votre sympathie a facilité notre intégration dans un environnement inconnu pour nous. DIX MILLES MERCI A VOUS TOUS.

Mr BAYEBIE FRANCOIS BADO, vos conseils ont été pour moi une boussole. Je vous suis reconnaissant des efforts fournis. Que DIEU vous Bénisse.

A LA POPULATION DE NIAKHAR, Merci pour votre hospitalité.

A tous ceux que je n'ai pu nommer, sachez que même si je n'ai pas pu vous citer je reste reconnaissant de vos bienfaits.

Remerciement Spécial à....

Mr KOUASSI ALEXIS, DAF du CESAG

Dr AMANI KOFFI, professeur associé au CESAG

Mr MENDY JACK

Madame BEUGRE LAETITIA et son frère cadet Mr BEUGRE MOISE

Dr MAME NDIORO LY et Madame FALL AISSETOU

Aux membres du Club Sante CESAG

TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....	I
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	VI
LISTE DES TABLEAUX	VIII
LISTE DES FIGURES.....	IX
LISTE DES ANNEXES	X
SIGLES ET ABBREVIATIONS	XI
RESUME	XII
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	8
CHAPITRE I : PRESENTATION DE LA POLITIQUE DE GRATUITE DES SOINS MEDICAUX	8
I-1-Système de santé du Sénégal.....	8
I-2-Politique de santé.....	8
I-3-Plan Sésame.....	10
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE	13
II-1-Cadre conceptuel.....	13
II-1-1-Définition des concepts.....	13
II-1-2-Indicateurs.....	14
II-2-Cadre empirique.....	15
II-3-Synthese des méthodes d'évaluation.....	21
CHAPITRE III : METHODOLOGIE CHOISIE	26
III-1-Présentation du lieu d'étude : zone rurale de NIAKHAR.....	26
III-1-1-Présentation générale du lieu d'étude : Zone rurale de NIAKHAR	26
III-1-2-Le système de soins de NIAKHAR.....	27
III-2-Notre étude.....	29
III-2-1-Type et période de l'étude	29
III-2-2-Population à l'étude et taille de l'échantillon	29
III-2-3-Collecte des données	30
III-2-4-Plan d'analyse.....	33
III-2-5-Limite de l'étude.....	34
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE.....	37
CHAPITRE IV : Présentation et interprétations des résultats	37
IV-1-Analyse descriptive de la population enquêtée.....	37
IV-2-Analyse des postes de santé.....	49
IV-3-Recours aux soins par poste de santé.....	53

CHAPITRE V : DISCUSSIONS	62
CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS	64
CONCLUSION	66
REFERENCES	68
ANNEXES.....	71

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Dimensions, critères d'analyse et indicateurs	15
Tableau 2: Répartition de l'échantillon par village	30

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition de l'échantillon par tranche d'âge.....	37
Figure 2 : Répartition du temps vécu dans le village par tranche d'âge	38
Figure 3 : Répartition de l'échantillon par activité génératrice de revenu	39
Figure 4: Répartition du revenu par activité génératrice de revenu.....	40
Figure 5: Répartition de l'échantillon par aide financière reçue.....	41
Figure 6 : Répartition des aides financière par montant.....	42
Figure 7 : Répartition de l'échantillon par assurance maladie.....	43
Figure 8: Répartition de l'assurance maladie par tranche d'âge	44
Figure 9: Connaissance du plan Sésame.....	45
Figure 10: Présentation des sources de financement des soins médicaux.....	46
Figure 11: Répartition des frais de santé par sexe	47
Figure 12: Répartition des frais de santé par âge.....	48
Figure 13: Répartition des tarifs en vigueur par poste de santé.....	49
Figure 14: Responsable des frais de santé par poste de santé	50
Figure 15: Répartition des dépenses en médicaments par poste de santé	51
Figure 16: Répartition de l'échantillon par lieux d'achat des médicaments.....	52
Figure 17: Répartition du recours aux soins par village	53
Figure 18: Evolution du nombre de consultation par année à Ngayokheme	56
Figure 19 : Evolution du nombre de consultation par année à Toucar.....	58
Figure 20: Evolution du nombre de consultation par année à Diohine	59
Figure 21: Comparaison du nombre de consultation des trois postes de santé par année	60

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1: Fiche d'enquête.....	72
ANNEXE 2: Nombre de consultation des personnes de 60ans et plus par an et par mois au poste de Ngayokheme.....	74
ANNEXE 3: Nombre de consultation des personnes de 60ans et plus par an et par mois au poste de Toucar.....	75
ANNEXE 4 : Nombre de consultation des personnes âgées de 60ans et plus par an et par mois au poste public de Diohine.....	76

CESAG - BIBLIOTHEQUE

SIGLES ET ABREVIATIONS

- CDVA : Centre de dépistage volontaire et anonyme
- IB : Initiative de Bamako
- ICP : Infirmier chef de poste
- IPRES : Institut de prévoyance retraite du Sénégal
- IRD : Institut de recherche pour le développement
- ISAARV : Initiative Sénégalaise à l'accès aux anti-retroviraux
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONU : Organisation des Nations Unies
- PAF : Personne à leur propre frais
- PTME : Prévention de la transmission mère-enfants
- RGPHAE : Recensement général de la population, l'habitat, l'agriculture et l'élevage
- VIH : Virus immunodéficience humain

RESUME

En Septembre 2006, le Sénégal a institué une politique dite le « Plan Sésame » proposant une prise en charge médicale des personnes âgées de plus de 60 ans dans toutes les structures publiques de santé. A NIAKHAR, comme certainement dans les autres zones rurales du Sénégal, le plan Sésame constitue une aubaine pour avoir accès aux soins de santé primaire. Dix ans après, L'exécution de cette politique suscite de plus en plus de réflexion.

C'est dans cette perspective que cette étude rétrospective à visée descriptive et exploratoire fut menée pour évaluer la mise en œuvre du plan Sésame dans la zone d'étude de l'institut de recherche pour le développement-Dakar à NIAKHAR.

La démarche méthodologique adoptée dans cette étude est l'évaluation externe réaliste de l'efficacité du plan Sésame de 2009 à 2016. Le but de l'étude est d'évaluer les forces et faiblesses du plan Sésame en milieu rural. La collecte des données a été effectuée par la recherche documentaire, des entretiens avec les infirmiers chef de poste et le médecin chef de district de NIAKHAR précédé d'une enquête auprès d'un échantillon de 92 personnes vivant sur l'aire d'étude.

L'analyse de l'ensemble des données a révélé que tous les postes de santé n'appliquent pas le plan en même temps et de la même manière (application en « dent de scie ») ce qui entraîne, en milieu rural, précisément à NIAKHAR, le déplacement des populations à la recherche de la gratuité totale des soins. La levée de la barrière financière par l'application du plan Sésame dans certains postes a créé une hausse massive des consultations médicales l'année de début d'exécution mais le non remboursement des consommations médicamenteuses, jusqu'à ce jour, constitue un frein à la pérennisation du plan Sésame. Les postes de santé ont des financements fiables mais insuffisant pour supportés les charges imputable au plan.

Le plan Sésame n'a pas atteint tous ses objectifs à NIAKHAR, il serait opportun de mener des évaluations régulières et une réflexion profonde sur l'analyse situationnelle des capacités d'exécution du plan en fonction des financements reçus par les postes de santé pour mieux apprécier sa pérennisation et son implantation en milieu rural.

Mots-clés : Evaluation, Efficacité, Politique de gratuité des soins, Plan Sésame, Sénégal, Niakhar.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Selon L'OMS : « la santé est un Etat de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence d'infirmité ou de maladie ». La Constitution de l'OMS consacre le droit fondamental de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. C'est un droit fondamental reconnu par l'ensemble des Etats. Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées (OMS, 1946).

Ce caractère essentiel de la santé, universellement reconnu, a conduit les pays africains, à supporter au lendemain des indépendances une politique de gratuité des soins médicaux.

Mais, au début des années 1980, quand les États ont été plongés dans de graves difficultés financières et ont été affaiblis par les crises économiques, ce système a connu un profond dysfonctionnement. D'où la réorientation des stratégies de santé parmi lesquels les soins de santé primaires proposés à la conférence de ALMA-ATA en 1978 et adoptés à la conférence de Bamako en 1987 avec l'instauration du ticket modérateur pour assurer à tous l'accès aux soins et satisfaire les besoins de santé croissant des populations. Cette stratégie consistait à fournir à la population des soins efficaces socialement acceptables, économiquement accessibles avec la pleine participation de la communauté (OMS, 1978).

Les conséquences du recouvrement des coûts, ont abouti, dans certaines régions, à la fin de la gratuité des prestations médicales. L'initiative de Bamako (IB) a instauré le principe de l'utilisateur payeur. Adoptée en 1987 par les pays ouest-africains en tant que politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires, elle n'a pas produit tous les effets escomptés. En effet, elle n'a pas amélioré l'accès aux soins de santé, en particulier pour les plus pauvres. C'est pourquoi plusieurs politiques de santé ont été instaurées depuis lors pour améliorer l'accès aux soins de santé.

Les ressources devenant de plus en plus rares, les gouvernements doivent prendre des mesures dans le domaine de la santé en tenant compte de la disponibilité des moyens. Dès lors il devient pertinent de définir un mécanisme efficace d'un financement garantissant l'accessibilité des soins, l'utilisation des services de santé pour tous.

C'est, fort de ces aspects, que des mécanismes de prise en charge des couches défavorisées et des indigents sont mis en place, soit par le biais d'un système de cotisation (paiement saisonnier, prépaiement, paiement différé...), soit en décrétant la gratuité pour certains soins dans un cadre de solidarité nationale ou internationale. (Noirhomme & Thome, 2006)

Avec une façade maritime de plus de 700km, une superficie de 196 712 Km² et une population de 13 508 715 habitants en 2013 dont 6 773 294 femmes et 6 735 421 hommes selon le Recensement Général de la Population, de l'Habitat et de l'Elevage (RGPHAE 2013), Situé à l'extrême ouest de l'Afrique entre la Mauritanie au Nord, le Mali à l'Est, la Guinée au Sud, l'océan atlantique à l'ouest, le Sénégal à l'instar d'autres pays, a mis en œuvre des politiques de prise en charge médicale gratuite pour les tuberculeux, les malades de la lèpre, les indigents, les césariennes dans les hôpitaux, les personnes âgées et les personnes vivants avec le VIH. Ainsi, l'Etat supprime la barrière financière des soins de santé.

En 2010, le Sénégal comptait 12 500 000 habitants et les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 2% (ONU, 2010). En 2013, la population Sénégalaise comptait 13 508 715 habitants dont 54,8% vivent en milieu rural et 45,2% en milieu urbain. La population âgée de 60 ans et plus représentait 5,5% de l'ensemble de la population¹.

¹ Direction des statistiques démographique et sociale, (Aout 2016), agence nationale de la statistique et de la démographie, RGPH, de l'agriculture et de l'élevage-2013, Atlas démographique du Sénégal

Au Sénégal, la conjoncture économique se fait sentir autant chez les jeunes que chez les personnes âgées parce que ces derniers ne sont pas dispensés de responsabilité exigeant des ressources financières. Or le manque de ressources financières a une conséquence économique en terme de baisse du pouvoir d'achat des populations en générale et particulièrement des personnes âgées constituant ainsi une frange vulnérable de la population. Tout en sachant que 25,7%² de la population soit 951 975 personnes sont déclarées chômeur au Sénégal, cette vulnérabilité se manifeste aisément face aux frais de santé qui deviennent catastrophiques à certains égards.

Après plusieurs années de l'initiative de Bamako, l'OMS suggère qu'il est préférable de lutter contre toute forme de dépense catastrophique en santé en supprimant les paiements directs. Selon l'organisation, il s'agit de « réviser à la tentation de faire payer l'utilisateur » car c'est «le mode de financement le plus inéquitable qui soit». Plus de cent (100) millions d'individu basculent dans la pauvreté du faite des dépenses catastrophique (OMS, 2008).

Supprimer la barrière financière des soins médicaux pour les personnes âgées a toujours été l'objectif majeur du plan Sésame ce qui fût une grande satisfaction pour la population de 2006 à 2008 si l'on ne tient compte du niveau de fréquentation croissant des hôpitaux par les bénéficiaires (MAKHTAR, et al., 2013).

Après dix ans de fonctionnement, le plan Sésame demeure la seule politique d'exemption de soins médicaux pour les personnes âgées de 60 ans et plus au Sénégal et même dans la sous- région. Il est opportun de se poser une question :

- Est-ce que des évaluations sont faites pour vérifier l'atteinte des objectifs ?

² Agence nationale de la statistique-RGPHAE-2013

Une étude commanditée par le Ministère de la santé a montré que les difficultés relatives aux initiatives de gratuité sont essentiellement liées à la gestion et à l'organisation du paiement des prestataires en milieu urbain. La plupart des établissements sanitaires sont confrontés à des problèmes dont bon nombre sont d'ordre financier (NDIAYE, 2007). Ainsi, ces structures ne sont plus en mesure de répondre à la demande de soins qui pourtant est de plus en plus croissante.

- Qu'en est-il du plan en milieu rural et en particulier à NIAKHAR ?

De cette préoccupation découle des questions secondaires qui pourraient être formulées comme suit :

- La barrière financière est-elle toujours levée ?
- Quelle est la résilience du système de santé par rapport à la mise en œuvre du plan Sésame en milieu rural?
- Le plan touche-t-il la population ciblée?
- Le plan a-t-il répondu aux besoins pour lesquels il a été créé? Les besoins existent-ils toujours?

Le but de notre travail est d'évaluer les forces et les faiblesses du plan Sésame en milieu rural. C'est dans cette optique que l'étude que nous mènerons aura pour objectif général d'évaluer le plan Sésame en milieu rural en vue de contribuer à sa pérennité. De manière spécifique, nous montrerons l'effet du plan Sésame en termes de recours aux soins couverts des personnes par structure médicale (nombre de recours aux soins) en milieu rural. Puis nous identifierons les sources de financements d'un poste de santé et déterminerons les coûts des soins médicaux des personnes âgées de 60 ans et plus supportés par le poste de santé dans le cadre du plan Sésame.

Pour mettre en exergue les forces et faiblesses du plan Sésame, nous supposons d'abord que les coûts directs médicaux supportés par les personnes âgées de 60 ans et plus dans les postes de santé qui appliquent le plan Sésame sont nuls. Ensuite,

nous vérifierons que le plan Sésame à un financement régulier en milieu rural. Et la dernière hypothèse sera de supposer que le nombre des personnes âgées fréquentant les postes et centres s'est significativement accru avec l'exécution effective du plan Sésame.

Les résultats de notre étude seront d'un intérêt capital :

➤ Pour les autorités du ministère de la santé, il s'agira d'une aide à la prise de décision pour une meilleure application du plan Sésame en milieu rural.

➤ Pour l'IRD, une meilleure connaissance des difficultés, face au plan Sésame, des postes de santé sur l'aire d'étude.

➤ Pour le CESAG, cette étude réaffirme la politique du CESAG à travers son Département CESAG-Santé en matière de renforcement des compétences managériales des agents des systèmes de sante Africains. Ce travail contribuera à l'enrichissement de la bibliothèque pour d'éventuelles consultations.

➤ Pour moi, les résultats me permettent de rédiger un mémoire de fin d'étude.

La recherche des informations m'a permis d'améliorer ma connaissance du système de soins du Sénégal en particulier du milieu rural et une meilleure connaissance du peuple Sérère et de la zone de NIAKHAR.

L'étude comportera trois grands chapitres :

-premièrement, elle portera sur les politiques de gratuité des soins médicaux au Sénégal

-deuxièmement, nous exposerons la revue de la littérature

-troisièmement, nous présenterons les résultats et les discussions suivies des recommandations.

PREMIERE PARTIE :

CADRE THEORIQUE

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

CHAPITRE I : PRESENTATION DE LA POLITIQUE DE GRATUITE DES SOINS MEDICAUX

Pour mieux comprendre l'analyse que nous mènerons, après une brève présentation du système de santé du Sénégal, nous exposerons les politiques de santé puis le plan le Sésame.

I-1-Système de santé du Sénégal

De prime abord, il convient de préciser que la configuration du système de soins Sénégalais repose sur une échelle pyramidale à trois niveaux. A la base de la pyramide se situe le district sanitaire qui comprend la case de santé (structure communautaire gérée par un agent de santé communautaire) au plus bas niveau de l'échelle, puis le poste de santé (structure sanitaire gérée par un infirmier) et le centre de santé. Ensuite l'hôpital régional, unité de référence du district sanitaire, au niveau intermédiaire. Enfin, les centres hospitaliers nationaux et universitaires au sommet de la pyramide y compris le cabinet et les directions centrales du ministère. Ces différentes structures de soins ont un système de référence et de contre référence bien établi permettant l'exécution des politiques et programmes de santé (MINISTERE de la SANTE et de la PREVENTION, 2009-2018). A chaque niveau de la pyramide correspond des services administratifs. Les actions des partenaires techniques et financiers sont répercutées sur l'ensemble du système grâce aux différents services administratif.

I-2-Politique de santé

La politique de santé trouve son fondement dans la constitution Sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8 et dispose en son article 17 que « ... l'Etat et la collectivité publique ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et

des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en générale et à celle vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être... ».

La politique de santé du Sénégal reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement.

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants :

- l'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- l'approfondissement de la décentralisation de l'assurance du risque maladie ;
- la protection des groupes vulnérable ;
- le renforcement du partenariat public-privé ;
- l'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaire nationales ;

Depuis 2005, la prise en en charge des personnes vivant avec le VIH est effective dans toutes les régions du Sénégal; au niveau des hôpitaux, un coordonnateur de l'initiative Sénégalaise à l'accès aux anti-retroviraux (ISAARV) a été nommé.

Concernant la PTME, le passage à l'échelle à démarrer en 2005 après la validation de la politique nationale. Ainsi, dans plus la moitié des districts, le dépistage national du VIH est proposé aux femmes dans le cadre de la consultation prénatale. Le dépistage volontaire et anonyme est disponible dans le centre (CDVA), les centres conseils Ado ainsi que les centre de santé (on parle alors de service dépistage), sont répartis sur tout le territoire (MINISTERE de la SANTE et de la PREVENTION, 2009-2018).

I-3-Plan Sésame

Lancé dès le 1er septembre 2006, le plan « SÉSAME » propose une couverture médicale qui permet aux personnes âgées de bénéficier de soins gratuits dans des structures sanitaires publiques sur l'ensemble du territoire national. Cette mesure est prise en charge par le décret no2008-381 du 7 avril 2008 instituant un système d'assistance « SÉSAME » en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus conformément aux dispositions de la nouvelle constitution en son article 17, alinéa 2.

L'application du plan « SÉSAME » tient compte des catégories socioprofessionnelles des personnes âgées.

Pour les anciens fonctionnaires, il s'agit de faire le point avec la prise en charge dont ils bénéficiaient pendant qu'ils étaient actifs. Ainsi, l'Etat prend en charge le coût de :

- 1/5 des consultations ;
- 1/5 de l'aide au diagnostic ;
- 1/5 des hospitalisations ;
- Et l'intégralité des médicaments « essentiels » ;

Toutefois, la gratuité exclut les prothèses, les lunettes et implants, sauf les implants oculaires ainsi que bien d'autres services.

Quant aux anciens salariés (secteur privé) dépendant de l'IPRES, ils bénéficient d'une prise en charge gratuite dans les centres médico-sociaux de l'IPRES et au besoin dans les structures publiques de santé.

Enfin, l'Etat s'est engagé à assurer la prise en charge des personnes âgées de 60 ans et plus et sans couverture sociale, dite PAF « personne à leur frais » sur l'ensemble du territoire national.

Les dispositions formelles réglementant l'offre des services sont stipulées dans le décret no 2008-381 du 7 avril 2008 instituant le système d'assistance «SÉSAME» :

- Le système d'assistance « SÉSAME » est en faveur des personnes de nationalité sénégalaise âgées de 60 ans et plus;

- Les bénéficiaires ont droit à la gratuité ou à la réduction du coût des prestations médicales sur l'étendue du territoire national ainsi qu'à un accès aux services sociaux.

- Les personnes âgées peuvent bénéficier du système sur présentation de la carte nationale d'identité numérisée qui leur donne une priorité d'accès aux services de santé;

- L'organisation des modalités de fonctionnement sont fixés conjointement par le ministère de la Santé et de la Prévention; le ministère de l'Économie et des Finances et du ministère de la Femme, de la Famille et du Développement social.

Découle de la promulgation de ce décret des arrêtés ministériels qui organisent le processus de mise en œuvre du plan. Au niveau opérationnel, un manuel de procédures a été élaboré pour définir l'organisation technique des modalités d'exécution du plan au niveau national. Ce manuel de procédure décline de manière générale comme suit:

- Les services médicaux éligibles pour les 60 ans et plus dans le cadre du plan, dont la gratuité des soins et des médicaments essentiels;

- Des services sont exclus du plan, par exemples:

- Soins de dialyse rénale;
- Prothèses (dentaires, de hanches, etc.);
- Implants sauf les implants oculaires;

- Pace maker;
- Évacuation sanitaire pour l'étranger;
- Médicaments de spécialités (des officines privées);
- IRM;
- Scanners sauf urgence;
- Hospitalisation en 1ère et 2ème catégorie;
- Soins de beauté et chirurgie esthétique;
- Bilan systématique.

- Le respect de la pyramide sanitaire : le poste de santé d'abord, ensuite le centre de santé et, enfin, l'hôpital;

- Le système de référence contre référence.

En général, les procédures opérationnelles pour l'exécution du plan Sésame sont identiques pour chaque catégorie socio-professionnelle sur la présentation de la carte d'identité numérisée. Toute fois la où les personnes à leur frais présentent uniquement leur carte d'identité, les retraités de la fonction publique doivent montrer l'imputation budgétaire en plus alors que ceux de l'IPRES doivent bénéficier des soins aux centres médico-sociaux/IPRES à Dakar ou dans les régions avec leur carte IPRES.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

Deux grandes sections constituent l'ossature de cette partie. La première sera celle du cadre conceptuel et la seconde renfermera le cadre empirique.

II-1-Cadre conceptuel

II-1-1-Définition des concepts

Analyser le niveau d'application d'une politique publique de santé en particulier le plan « SÉSAME » reviendrait à examiner, dans la mise en œuvre du programme, la *portée* de la politique, au sens de son effectivité sur les populations concernées. Le concept de *portée* dans ce cas de figure revêt un sens multidimensionnel qui pourrait être analysé aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif.

En réalité, il existe une pléthore de critères pertinents qui pourraient être utilisés dans le cadre d'une recherche évaluative dans le domaine de la santé ou des politiques de santé. Les trois critères que l'on retrouve le plus dans les écrits scientifiques sont : équité, efficacité et efficience (Bernier, 2010). En plus de ces trois critères, Morestin et ses collaborateurs (2010) ont ajouté dans leur cadre d'analyse des politiques les « coûts », la « faisabilité » et l'« acceptabilité ». Ces critères ou ces dimensions d'analyse s'appliquent bien à notre objet, mais pour être en accord avec le thème nous retiendrons seulement celui de l'efficacité tout en sachant que les autres critères sont aussi pertinents pour une évaluation complète d'une politique publique de santé.

Efficacité

Le premier élément d'appréciation du succès d'une politique publique est son efficacité (Morestin & Benoit, 2010). L'efficacité est le critère de base pour mesurer le succès de l'action publique. Il mesure essentiellement la mesure dans laquelle une activité atteint ses objectifs visés. Ainsi, il s'agit essentiellement de

voir en quoi les objectifs initialement visés ont été concrètement atteints. L'efficacité fait référence à la relation qui existe entre le processus (politique, programme) et les effets (finalités) (Ridde-valery, 2007). Dans le cadre de notre étude, il est question d'examiner la *portée* de la mise en œuvre du plan « SÉSAME » sur les personnes âgées en termes d'accès et de l'utilisation des soins par l'exemption du paiement des soins et de certains médicaments.

L'efficacité apprécie le degré de réalisation des objectifs de l'action ainsi que ses éventuels effets non attendus (effets positifs ou négatifs). Les éléments suivants peuvent être examinés :

- Résultats attendus et résultats effectifs de l'action ;
- Résultats imprévus (négatifs ou positifs) ;
- Analyse des écarts constatés ;

Nous avons donc décidé d'axer notre analyse sur « l'efficacité d'utilisation » en analysant, les effets de la mise en œuvre du programme sur les personnes âgées. Donc la question est : est-ce que la politique « SÉSAME » atteint véritablement et effectivement toutes les personnes âgées visées et dans quelle mesure ? En d'autres termes, il s'agit d'analyser le critère efficacité sous l'angle de l'effectivité du programme au regard de ses finalités officielles.

II-1-2-Indicateurs

Nous nous proposons maintenant de cerner des indicateurs qui permettent d'illustrer adéquatement les différentes dimensions évoquées. Ces indicateurs permettent selon les termes de Ridde (2007) le passage d'une formulation abstraite des concepts à une observation concrète.

Nous avons déterminé nos principaux critères de sélection d'un indicateur en fonction de la disponibilité, la fiabilité et la validité par le poste de santé. Nous utiliserons comme indicateurs ceux concernant effet, l'équité et l'efficacité.

Tableau 1: Dimensions, critères d'analyse et indicateurs

Critères	Indicateurs
Résultats attendus	<p>Effets différentiels de la politique de santé sur les populations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins : tous les bénéficiaires ont effectivement accès aux soins via le programme ? • Utilisation des services de santé : quel poste de santé applique totalement le plan Sésame ?
Résultats imprévus	<p>Effets non recherchés positifs ou négatifs, (iniquités dans l'accès et l'utilisation des services, implications financières défavorables pour les structures de santé.)</p>
Efficacité (analyse des écarts constatés)	<p>Effets du plan « SÉSAME » sur les usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de l'affluence des usagers ? • Gratuité des soins et des médicaments ?

Source : Inspiré de Morestin (2010)

II-2-Cadre empirique

Rare sont les pays qui ont adopté une politique de soins particulièrement destinée aux personnes du troisième âge. Cependant, la majorité des Etats, dans leur marche vers la couverture maladie universelle ont élaboré des politiques d'exemptions.

L'étude de Diarra intitulé « **Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger : évaluation dans les districts sanitaire** » se basant sur une approche socio-anthropologie fondée sur des techniques qualitatives de production de donnée (enquête, entretien, documents consultés) a comparé la mise en œuvre de la politique nationale de gratuité des soins au Niger dans trois (03) districts sanitaires. Il en ressort que l'appui fourni à un district par une organisation non gouvernementale a été essentiel à la réussite de la mise en œuvre de la politique. Dans les districts ne bénéficiant d'aucun soutien, l'organisation de

la politique est plus problématique et les effets limités, les ruptures de médicaments et le manque financement rendent la tâche difficile pour les agents de santé (DIARRA, 2013).

En plus Ousseini, à travers son article « **la santé financière des dispositifs des soins face à la politique de gratuité : les comités de gestion au Niger** » qui s'est déroulé dans le district sanitaire de Dosso à partir d'une approche mixte constituée de données qualitative (entrevue et enquête) et quantitative (consultation des dépenses et des recettes, la variation des stocks de médicaments, Etat des remboursements effectués par l'Etat), s'est donc intéressée aux difficultés de mise en œuvre de la politique et ses effets sur la capacité financière des comités de gestion dans le district sanitaire de Dosso, face à la chute du paiement des factures et des recettes des formations sanitaires. Face aux difficultés liées à la mise en exécution de cette politique de gratuité, l'étude a conclût qu'une mauvaise formulation et l'exécution de cette politique ont été précipitées (OUSSEINI, 2012).

Par conséquent l'étude, de Sardan et Ridde, intitulé « **L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : Les contradictions des politiques publiques** », réalisé dans trois pays, fondé sur des politiques publiques et l'enquête de terrain socio anthropologique, a dressé un bilan comparatif pour le Burkina Faso, le Mali et le Niger, qui ont choisi des dispositifs d'exemption relativement différents. Les problèmes dans la conception et la mise en œuvre restent similaires. Les mesures d'exemption sont souvent prises en fonction d'un mélange de calculs politiques internes et de pressions externes. Le fonctionnement des dispositifs est la plupart du temps chaotique et incohérent, faute de préparation, de communication, de gestion efficace et surtout de financements.

Si la hausse de la fréquentation des centres de santé est incontestablement à mettre à l'actif des différentes mesures d'exemption dans les trois pays, les conditions de

la mise en œuvre des politiques, en particulier au Mali et au Niger, posent de gros problèmes quant à la fiabilité et à la pérennité de ces systèmes, d'une part, quant à la qualité des soins délivrés, d'autre part, les deux étant liés.

Dans les trois pays, et dans les domaines bénéficiant d'exemption ou de subvention, les soins de santé ne sont, de fait, jamais vraiment gratuits pour l'utilisateur, celui-ci continue à payer, mais il paye significativement moins que sous le recouvrement des coûts sans exemption.

Les ruptures dans l'approvisionnement en médicaments gratuits ou les retards dans les remboursements aux formations sanitaires, aboutissent à la délivrance des ordonnances pour des médicaments payants, parfois vendus dans la pharmacie de la formation sanitaire, parfois à acheter dans une pharmacie extérieure, parfois vendus illicitement par les agents de santé (en étant prélevés sur les kits officiels ou acquis de diverses façons).

Autrement dit, les politiques d'exemption, et, à plus long terme, les politiques conduisant vers une couverture universelle, doivent être adaptées aux systèmes de santé africains tels qu'ils sont dans la réalité, et non sur le « papier », en tenant compte de leurs dysfonctionnements, leurs difficultés, leurs blocages, leurs goulots d'étranglement : trop souvent les nouvelles politiques publiques ignorent les pratiques routinières et présupposent un système de santé – et un État – idéal, bien loin du système de santé – et de l'État – au quotidien. (DE-SARDAN:, 2012).

C'est pourquoi, selon l'article de Bâ-Maimouna parut dans « health monitor african » ayant pour thème « **Impact des modalités d'allocation des ressources dans les mécanismes d'exemption sur l'équité : plan Sésame au Sénégal** », la dissymétrie dans l'allocation des ressources au détriment des régions rurales et des soins primaires de santé a été mise en évidence par la modalité passive d'achat des services. Cette dissymétrie explique en partie la distribution significativement inéquitable des ressources allouées au plan sésame au profit des groupes les plus

aisés. L'achat passif des services semble exacerber les inégalités d'accès aux soins et entraver le processus de décentralisation sanitaire. D'où l'importance de la question de l'équité dans les modalités de service dans la conception d'une politique de financement de la santé. Le financement hybride du plan sesame favorise les personnes âgées évoluant dans le secteur formel qui ont un meilleur accès aux hôpitaux. Les couches sociales les plus aisées et celle résidant en milieu urbain ont plus de chance d'accéder aux ressources du plan sesame (BA-Maymouna, Octobre 2015).

Valéry Ridde par ses recherches documentaires à partir de l'analyse des documents publiés et officiellement attribués aux acteurs de la santé mondiale entre 2005-2011, a pu mener une analyse thématique des discours de chaque acteur de la santé concernant le paiement direct.

Depuis l'avènement des paiements directs des soins dans les années 1980 dans les pays à faible et moyen revenus, le discours des acteurs de la santé mondiale a évolué en défaveur de ce mode de financement de la santé. L'objectif de l'étude était de déterminer et d'analyser la position des acteurs de la santé mondiale dans le débat sur les paiements directs.

Pour ce faire, l'auteur a répertorié 50 acteurs de la santé mondiale pour lesquels il a retenu 120 documents. Parmi eux, 59% sont en faveur de l'abolition des paiements directs des soins ou de la gratuité des soins au point de service. Si aucun acteur ne se prononce plus en faveur des paiements directs, 29% ne prennent pas position. Seule la Banque Mondiale s'exprime à la fois en faveur des paiements directs et en faveur de la gratuité des soins au point de service. Les acteurs circonscrivent généralement leur position positive à certaines populations (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, etc.) ou à certains soins (soins primaires, de base, essentiels). Trois types d'arguments sont utilisés par les acteurs pour défendre leur position : économique, moral/éthique et pragmatique.

Le principe de l'utilisateur-payeur semble avoir fait long feu. Les données scientifiques et certains réseaux d'acteurs ont sans doute contribué à ce changement de discours. Pour autant, les acteurs de la santé mondiale qui ont maintenant trouvé un consensus ne doivent plus se contenter de prendre position. Ils doivent transformer leurs paroles en actes et soutenir tant techniquement que financièrement les pays qui ont choisi de mettre en place des mesures d'exemption, parfois sous leur influence (RIDDE-Valery, 2012).

L'étude de Ousseynou réalisé en 2016 à l'hôpital de gérontologie de Ouakam portant sur « **plan Sésame au Sénégal : limites de ce modèle de gratuité** » a montré que les personnes âgées éprouvent jusqu'à présent des difficultés de prise en charge médicale malgré la gratuité du plan sésame. L'objectif de cette étude était de déterminer les prestations supportées par les bénéficiaires et/ou leurs familles et d'en évaluer le coût par rapport à cette prise en charge. A travers cette étude quantitative transversale et exhaustive, basée sur une population de patients estimée à 203, l'auteur de l'étude a fait savoir que les prestations médicales des bénéficiaires étaient supportées par le plan Sésame en dehors de la plupart des médicaments destinés au traitement des maladies chronique à la charge des patients et/ou de leur famille. Ainsi le coût moyen global de la prise en charge mensuelle des pathologies dépistées chez les personnes âgées était estimé à 37700FCFA dont une part importante (65%) qui était à la charge du patient âgé et/ou sa famille correspondait à l'achat des médicaments. En outre des dysfonctionnements ont été notés en particulier la difficulté de ciblage des ayants-droits, la rupture des stocks des médicaments génériques (OUSSEYNOU, et al., 2016).

Les travaux d'analyse du processus de mise en œuvre du plan Sésame à travers l'article « **« Les bonnes intentions ne suffisent pas » : analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal** » étaient basée sur une étude de cas unique autorisée par le ministère de la Santé. L'étude repose sur des données

qualitatives collectées au moyen de trois techniques : i) entretiens individuels (n = 19), ii) groupes de discussion (n = 24), iii) et étude documentaire. Selon l'auteur Malgré son objectif social, le Plan Sésame s'est finalement limité à l'accès gratuit aux services de santé. Même ce volet sanitaire souffre d'un sous-financement.

La dimension politique, la faiblesse de ses mesures d'accompagnement et le manque de personnel conduisent à des retards de remboursements qui entraînent une mise en œuvre restrictive et des carences financières qui s'ajoutent aux précédentes dettes de l'État vis-à-vis des structures de santé. Le faible intérêt des partenaires internationaux pour cette politique, sa revendication nationale et sa forte dimension électorale ne doivent pas empêcher une conception technique rigoureuse et des mesures d'accompagnement anticipées (MBAYE, et al., 2013).

Politique publique de santé en faveur des personnes âgées exécutée depuis septembre 2006 au Sénégal, le plan Sésame suscite, de plus en plus, un intérêt particulier de la part des populations cibles, des décideurs, des planificateurs, des professionnels de la santé et des chercheurs. C'est dans cette perspective que Diallo, à travers son mémoire de maîtrise de gérontologie, a mené une étude de cas à visée exploratoire et descriptive pour décrire les tenants et les aboutissants du processus de mise en œuvre du plan au Centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam et au Centre médicosocial de l'Institution de prévoyance retraite du Sénégal (IPRES), à Dakar. La démarche méthodologique adoptée dans cette étude de type qualitatif est l'évaluation réaliste.

Le but de l'étude est de voir s'il existe des mécanismes différenciés de prise en charge médicale des personnes âgées en fonction de leurs catégories d'appartenance et, le cas échéant, d'en identifier les caractéristiques. La collecte des données a été effectuée par recherche documentaire, observation directe ainsi que par entrevues semi-structurées réalisées auprès de dix participants au total,

dont trois personnes âgées, quatre professionnels de la santé, deux membres du bureau de la santé des personnes âgées et un diplômé en gérontologie.

L'analyse de l'ensemble des données a révélé que les mécanismes de mise en œuvre du plan «SÉSAME » sont plus favorables aux retraités, et que ceux-ci en profitent plus que les personnes âgées à leurs propres frais (PAF), les retraités de l'IPRES davantage que les anciens fonctionnaires. De ce fait, l'exécution du plan « SÉSAME » a permis la levée de la barrière financière quant à l'accès et l'utilisation des services pour les usagers mais, elle a produit comme effet inattendu l'accentuation des iniquités socioéconomiques entre les retraités et les PAF : ceux qui en ont moins besoin en profitent plus que ceux qui sont plus dans le besoin, d'où toute l'importance de considérer la question de l'équité dans la formulation et dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé (DIALLO, 2013).

A l'issue de notre revue de littérature, nous concluons que les politiques d'exemptions doivent tenir compte de la capacité de résilience du système de santé. C'est une politique difficile à être exécuté raison pour laquelle les évaluations de ces politiques doivent être tenues au fil du temps.

II-3-Synthese des méthodes d'évaluation

Une évaluation est la lecture d'une réalité d'un niveau de compétences atteint à un moment donné. C'est l'opération par laquelle on se prononce sur ce niveau acquis selon des exigences déterminées. C'est une confrontation entre les objectifs du projet visés et le résultat obtenu après une séance d'activité. (FATANEH-Zarinpoush, 2006)

Le choix d'un type d'évaluation donne le ton au processus d'évaluation. Cela permet de ne pas perdre de vue le but principal de l'évaluation et de déterminer les questions d'évaluation auxquelles il faudrait répondre et les données qu'il

faudrait recueillir. Selon FATANEH, Les types d'évaluation les plus courants sont :

- l'évaluation formative ;
- l'évaluation des processus ;
- l'évaluation sommative ;
- l'évaluation des résultats ;

❖ **L'évaluation formative** est une évaluation continue qui commence dès le début d'un projet. Elle évalue la nature du projet, les besoins auxquels il doit répondre, ainsi que ses progrès et sa mise en œuvre. Elle permet d'identifier de sérieux écarts dans le contenu et les aspects du fonctionnement du projet (autrement dit ce qui a été fait et comment) et elle propose des moyens de les améliorer.

❖ **L'évaluation des processus** sert à suivre les activités du projet afin de veiller à ce que celui-ci soit mis en place et réalisé selon les raisons pour lesquelles il a été conçu et dans les délais fixés.

L'évaluation des processus et l'évaluation formative peuvent se compléter. Bien que la portée d'une évaluation formative soit plus grande que celle d'une évaluation des processus, elles ont des points en commun : elles sont toutes les deux axées sur l'efficacité du projet et les aspects de son fonctionnement ; toutes deux commencent au tout début du projet et elles peuvent être effectuées par le personnel interne ; toutes deux ont besoin d'une étroite surveillance pour suivre les activités de fonctionnement et pour recueillir l'information liée au processus.

❖ **L'évaluation sommative** est une évaluation de l'efficacité d'ensemble du projet et de ses réalisations. Elle fait ressortir si le projet a bien rempli la mission pour laquelle il a été conçu.

Elle fournira l'information nécessaire pour la planification et les décisions futures et elle est habituellement faite dès que le projet est achevé. En règle générale, ce type d'évaluation ne touche pas directement le projet en cours, par contre elle aide les intervenants à décider de l'orientation que doit prendre ce projet ou d'autres semblables à l'avenir. Pour tirer de l'information utile d'une évaluation sommative, il faut que le projet ait des buts et objectifs bien définis et un plan qui permette de ne pas perdre de vue les résultats que l'on veut tirer du projet. Ce type d'évaluation doit être effectué soit par un évaluateur externe soit par le personnel et les spécialistes qui ont les connaissances, les ressources et les outils voulus pour faire ce genre d'évaluation.

❖ **L'évaluation des résultats** détermine à quel point un projet a produit les effets voulus de même que d'autres effets qu'il aurait pu avoir sur les participants au projet ou sur le milieu. Elle s'attache aux résultats immédiats, intermédiaires ou définitifs réalisés à la suite de l'aboutissement du projet. Une évaluation des résultats devrait permettre d'identifier les impacts souhaitables et non souhaitables du projet. Tout comme l'évaluation sommative, l'évaluation des résultats peut permettre de déterminer si les besoins à l'origine du projet ont été satisfaits ou s'ils existent toujours.

Pour effectuer ce type d'évaluation, vous devez tout d'abord avoir une bonne compréhension du processus et des résultats du projet et de la relation qui existe entre les deux. Vous devez ensuite recueillir assez de preuves en cours de projet pour démontrer comment certains résultats sont liés à certaines activités particulières du projet. Il est aussi crucial de dégager les indicateurs d'évaluation, de recueillir les bonnes données et d'interpréter les résultats de l'évaluation, ce qui peut présenter un défi.

La sélection d'un type d'évaluation est fonction :

- Des objectifs et priorités du projet

- Du but de l'évaluation du projet
- De la nature du projet (à savoir s'il est axé sur les processus ou sur les résultats)
- Du délai dans lequel doit se faire l'évaluation (pendant ou après le projet)
- De la façon dont les résultats seront utilisés et par qui
- Du délai et du budget pour réaliser l'évaluation.

Selon Amarin Aude, En fonction du moment de réalisation de l'exercice, on distingue trois types d'évaluations :

- l'évaluation à mi-parcours permet de suivre et, éventuellement, réorienter l'action ;
- l'évaluation finale prend place à la fin de l'action, elle examine les résultats et permet d'en observer les conséquences à court terme ;
- l'évaluation *ex post* se situe nettement après la clôture de l'action et s'intéresse aux effets à moyen ou long terme (impacts) ;

Le concept d'évaluation *ex ante* est utilisé pour désigner l'étude de faisabilité d'un projet.

Selon le mode de réalisation de l'évaluation, on distingue :

- l'auto-évaluation réalisée par une ou plusieurs personnes directement impliquées dans l'action évaluée ;
- l'évaluation interne effectuée par un agent relevant de la structure responsable de l'action, mais n'ayant pas été impliqué dans la conception ou la mise en œuvre de celle-ci ;
- L'expertise évaluative pratiquée lorsque l'administration souhaite obtenir un bilan et des recommandations dans un délai court. Le recours à l'expertise évaluative peut être décidé hors du comité des évaluations avec l'accord du Directeur Général ;
- l'évaluation externe qui implique un recours à des consultants extérieurs, ce qui favorise un regard neutre et neuf. Elle est très souvent indispensable compte tenu des enjeux financiers, stratégiques et opérationnels. Une évaluation est qualifiée

d'externe lorsque la structure qui souhaite évaluer ses actions fait appel à des experts extérieurs appartenant à l'administration, au secteur privé, associatif ou à l'Université. Une évaluation externe est nécessaire car :

-elle favorise l'indépendance, l'impartialité, et l'objectivité tant des analyses que des recommandations ; (AMORIN, et al., 2005)

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE III : METHODOLOGIE CHOISIE

Pour nôtre étude, nous retiendrons la méthodologie de Diallo qui a consisté en une évaluation réaliste du plan Sésame.

III-1-Présentation du lieu d'étude : zone rurale de NIAKHAR

III-1-1-Présentation générale du lieu d'étude : Zone rurale de NIAKHAR

NIAKHAR est une sous-préfecture de la région de Fatick situé à 150 Km de la ville de Dakar. La Région médicale de Fatick comprend sept (07) districts sanitaires dont le district sanitaire de NIAKHAR et celui de district sanitaire de FATICK. Ces deux districts renferment l'aire d'étude de l'IRD appelé NIAKHAR. Cette zone d'étude d'une superficie de 320Km² contient trente (30) villages avec 2556 concessions 4330 cuisines (4330 ménages) sous la responsabilité sanitaire desdits districts. Le nombre de résident est estimé à 46 738 personnes dont 1879 personnes ont eu 60 ans au 31 Décembre 2009³. Les habitants vivent dans des concessions qui constituent l'unité traditionnelle de l'habitat faite de case avec des murs en terre sèche et des toits de pailles ou plus rarement des toits ondulés. Les activités des populations sont principalement faites d'agriculture (mil, arachide, pastèque), d'élevage (ovins, bovins, caprin et volaille).

Cette zone tropicale sèche est soumise au climat soudano-sahélien continental qui se caractérise par deux (02) saisons distinctes : une saison sèche d'octobre à mai et une saison pluvieuse de juin à septembre.

³ Source : Base de données IRD-suivi Démographique

III-1-2-Le système de soins de NIAKHAR

Quatre (04) postes de santé assurent la couverture médicale de l'ensemble de la zone en fournissant des consultations et des soins de santé primaire. Ce sont les postes de sante de :

- Diohine (01 poste de santé public et 01 poste de santé privé-confessionnel)
- Ngayokheme
- Toucar

Ouvert en 1953, le poste de Toucar est le plus ancien. Il couvre neuf (09) villages qui sont :

- Bary Ndongol
- Datel
- Lambaneme
- Mboyene
- Ndokh
- Ngangarlame
- Nghonine
- Poudaye
- Poultok diohine
- Toucar

Les postes de santé de Diohine ne sont intégrés à l'aire de responsabilité du district sanitaire de NIAKHAR mais sont situés sur la zone d'étude de l'IRD. Le poste privé-confessionnel, crée en 1956 est dirigé par des sœurs-catholique, a la responsabilité de l'aire sanitaire comprenant les villages suivant :

- Dame
- Diohine

- Gadiak
- Godel
- Khassous
- Kothioh
- Leme
- Logdir
- Meme
- Moka Ngouye
- Ngardiame

Le poste public de santé de Diahine a été créé en 2014 et est sous la responsabilité du poste privé professionnel.

Quant au poste de santé de Ngayokhème, il a été ouvert en 1983 et couvre les villages suivants

- Darou
- Diokoul
- Kalome Ndofoane
- Mbinondar
- Ngalagne kop
- Ngane fassel
- Ngayokhème
- Sass Ndiadadi
- Sob

Le recours aux soins traditionnels est présent mais notre étude ne s'intéresse pas aux soins traditionnels.

III-2-Notre étude

III-2-1-Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive et exploratoire dont l'enquête s'est déroulée sur une période de 15 jours allant du 17 Juillet au 31 Juillet 2017 avec des données datant de l'an deux mille neuf (2009) à l'an deux milles seize (2016). Il s'agira donc d'une évaluation externe réaliste de l'efficacité des résultats du plan Sésame de 2009 à 2016.

III-2-2-Population à l'étude et taille de l'échantillon

Notre étude est orientée vers les citoyens, qui ont soixante (60) ans et plus entre le 31 décembre 2009 et le 31 décembre 2016, vivant à NIAKHAR et ayant fréquenté au moins une fois une structure de santé à NIAKHAR.

Les structures de santé concernées par l'étude sont les structures publiques de santé de premier contact en milieu rural précisément les postes de santé et toutes autres structures publique de soins de santé de premier recours en milieu rural appliquant ou pas le plan Sésame et situées à NIAKHAR.

Le nombre de bénéficiaires du plan Sésame questionné sera défini par la formule suivante :

$$\text{Taille de l'échantillon} = \frac{t^2 * P(1-P)}{i^2}$$

t : valeur critique liée à un intervalle de confiance de 95% (Z=1,96)

p : proportion des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à NIAKHAR

i=Précision, nous nous donnerons une précision de 4% (i=4%)

En tenant compte de la base de donnée démographique de l'IRD concernant le nombre de personne âgée de 60 ans et plus, vivant à NIAKHAR, à partir du 31 décembre 2009 et une précision de 4 %, nous avons comme Taille de l'échantillon= $(1,96)^2 * 0,04 * (1-0,4) / (0,04)^2 = 92$ personnes âgées de 60 ans et plus.

Compte tenu des problèmes de logistique et de l'hivernage, nous avons choisi de répartir la taille de notre échantillon entre des villages voisins dont l'un dispose d'une structure de santé et l'autre non.

Nous considérons donc les villages suivants :

Tableau 2: Répartition de l'échantillon par village

Noms des villages	Nombre des personnes de 60 ans et plus	Nombre de personne à enquêter
Diohine	197	28
Kalome N dofane	56	8
Meme	11	1
Ngayokheme	121	17
Poudaye	46	6
Toucar	215	32
TOTAUX	646	92

Source : base de données IRD

Le choix des enquêtés s'est fait par un tirage aléatoire simple parmi le nombre total des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans le village. Le logiciel Excel nous a permis de faire ce tirage.

III-2-3-Collecte des données

Les données ont été recueilli à partir des informations des registres (consultations et actes médicaux) de suivi des malades dans tous les postes de santé de l'aire d'étude de l'IRD à NIAKHAR et des rapports globaux de la zone de responsabilité

des postes de santé. Un entretien avec le médecin chef de district et des ICP nous a permis d'avoir des informations complémentaires. Nous avons recensé les différents tarifs en vigueur en dehors du plan Sésame et le coût des soins supportés par les bénéficiaires pendant la mise en vigueur du plan sésame.

Pour chaque établissement de santé, nous avons noté :

- le nombre annuel de consultation : c'est le nombre de fois qu'un citoyen de 60 ans et plus s'est fait consulté au poste de santé ;
- le nombre de personne référé : c'est le nombre de patient du poste de santé ayant reçu un bulletin de référence pour un centre de santé ou un hôpital public ;
- les tarifs appliqués dans les postes de santé en dehors du plan Sésame pour les personnes de 60 ans et plus : c'est le montant que doit payer tout patient ayant un âge inférieur à 60ans et ne bénéficiant pas d'une exemption de soins.

Un questionnaire adressé à la population cible (personnes âgées de 60 ans et plus), scindé en trois sections réalisé par le logiciel sphinx, a été adressé à la population cible. Les sections sont les suivantes :

- 1^{ère} section collecte des informations sur les caractéristiques sociodémographiques du bénéficiaire ;
- 2^{ième} section collecte des informations sur les connaissances du plan sesame par le bénéficiaire ;
- 3^{ième} section collecte des informations sur la fréquentation des postes de santé et les couts supportés par la personne âgée.

Ce questionnaire s'intéressera aux variables suivantes :

- âge en année : c'est la différence entre la date de naissance et la date du dernier anniversaire par rapport à l'année de collecte des données ;
- sexe : c'est la qualité d'être un Homme ou une Femme ;

-temps vécu en permanence dans le village : c'est temps passé dans le village sans vivre plus de six mois en dehors du village ;

-principale activité génératrice de revenu : c'est l'activité rapportant des ressources financières permettant au bénéficiaire de vivre. Ce sont des activités économiques au profit de celui qui l'exerce et rapportant des gains qui permettent la prise en charge des besoins biologiques et sociaux de la famille ;

-les aides financières : c'est tout soutien permettant de renforcer les acquis financiers, alimentaires ;

-l'estimation de l'aide financière : c'est la valeur monétaire reçue ou pouvant être affectée à l'aide matérielle ;

-niveau d'instruction : c'est le niveau d'étude atteint au cours de la vie scolaire ou étudiantine. Nous le formalisons en cinq niveaux qui sont les suivants :

- aucun niveau : nombre d'année passée dans le système scolaire est nul ;
- niveau primaire : une à six années d'étude entre la fin de l'école préscolaire et l'entrée en sixième ;
- niveau secondaire : une à quatre années d'étude au collège après le succès au CEP (Certificat d'Etude Primaire) ou une à trois années d'étude après le succès au BEPC (Brevet d'Etudes du Premier Cycle)
- niveau universitaire : une année d'étude ou plus passée à l'université ou une grande école après le succès au baccalauréat ;
- école coranique : une année d'étude ou plus d'apprentissage de la lecture du coran

-assurance santé : existence d'un contrat liant deux parties, un assureur et un assuré, par lequel l'assuré paie à l'assureur une somme en échange de garanties de couverture financière pour ses soins de santé.

-frais de santé : tous les couts financiers liés à la prise en charge médicale du citoyen

-type d'établissement de santé fréquenté : s'agit-il d'un poste de santé ou d'un centre de santé ou d'un hôpital troisième niveau

-le cout du transport du patient au lieu de consultation : le montant payé pour transporter le patient et ses accompagnants.

-tarif de la consultation : c'est le montant a payé pour être consulté par un agent de santé.

-réception gratuite des médicaments essentiels : médicaments reçus sans contrepartie financière au poste de santé.

-cout des médicaments achetés : ressources financières mobilisées pour l'achat des médicaments

Il s'agira donc d'analyser des données primaires et secondaires.

III-2-4-Plan d'analyse

Le logiciel SPHINX et EXCEL nous ont permis, respectivement d'élaborer le questionnaire et d'analyser les données recueillies au sein des postes de santé. En utilisant le logiciel SPSS version 14.0, nous avons pu analyser les réponses des populations enquêtées. Ainsi, notre analyse a été axée sur les points suivant :

-une analyse descriptive portant sur :

- la tranche d'âge ;
- le temps vécu dans le village en permanence ;
- l'activité génératrice de revenue ;
- l'aide financière ;
- le niveau d'instruction ;

- la connaissance du plan Sésame ;
- la somme payée pour être consulté ;
- le coût des médicaments reçu au poste de santé.

-les effets du plan Sésame en faisant ressortir les changements en termes de recours aux soins couverts des personnes âgées. Pour ce faire, nous ferons une analyse comparative du recours aux soins couverts avant et après le début du plan Sésame.

-calculer le coût annuel des consultations supportées par les postes de santé pour la prise en charge des personnes âgées de 60 ans et plus. Nous multiplierons le tarif de consultation par le nombre annuel de consultation réalisé par le poste de santé.

Coût annuel des consultations= Tarif consultation * nombre de consultation annuel

-analyser les coûts annuels des médicaments supportés par les postes de santé pour la prise en charge des personnes âgées de 60 ans et plus.

-évaluer le coût global supporté par le poste de santé en faisant la somme du coût annuel des médicaments et du coût annuel des consultations.

III-2-5-Limite de l'étude

Notre étude a été confrontée à plusieurs difficultés qui sont liées à :

- la communication

A NIAKHAR, les résidents sont en majorité sérère et parle peu le français. Cela nous a contraint de nous référer les services d'un traducteur, ressortissant de NIAKHAR, ayant l'habitude faire des enquêtes sur l'aire d'étude de NIAKHAR.

- L'accessibilité des villages

Nous y étions en période d'hivernage (saison pluvieuse) rendant les routes et pistes impraticables.

- La documentation des postes de santé

Les postes de santé ont des archives délabré pour certains voire inexistant pour d'autres.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE :

CADRE PRATIQUE : RESULTATS ET COMMENTAIRES

Notre étude est issue de la méthodologie de DIALLO que nous avons adapté à la zone de NIAKHAR. Nous avons enquêtée 92 personnes réparties dans six (06) villages, visité trois postes de santé et mené un entretien avec chaque Infirmier Chef de Poste suivi de l'entretien avec le Médecin Chef de District.

Pour mieux analyser les données nous nous avons utilisé le logiciel sphinx pour l'élaboration du questionnaire, le logiciel SPSS version 14.0 pour analyser les données des enquêtés et le logiciel EXCEL pour l'analyse des données issue des postes de santé.

De cette méthodologie découle nos résultats qui seront suivi d'une discussion et des recommandations.

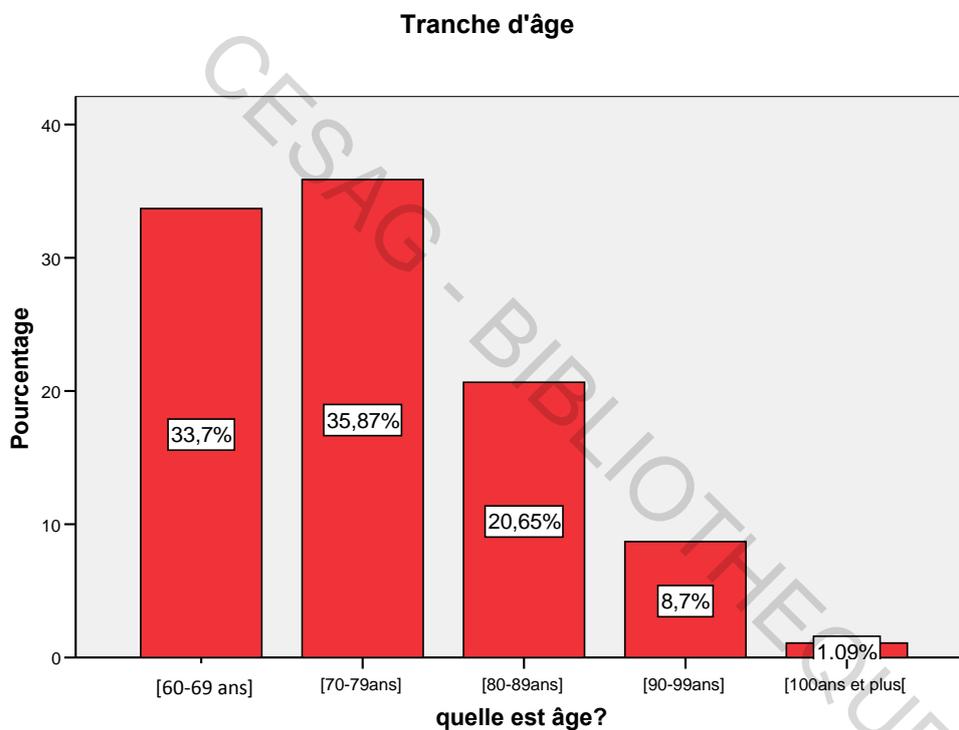
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE

CHAPITRE IV : Présentation et interprétations des résultats

IV-1-Analyse descriptive de la population enquêtée

IV-1-2-L'âge

Figure 1 : Répartition de l'échantillon par tranche d'âge



Source : Données de l'enquête

Les tranches d'âge les plus représentées dans notre échantillon sont

[60-69ans] et [70-79 ans] avec respectivement 33,7% et 35,87% cela s'explique par le faite que les personnes les moins âgées sont les plus nombreuses .

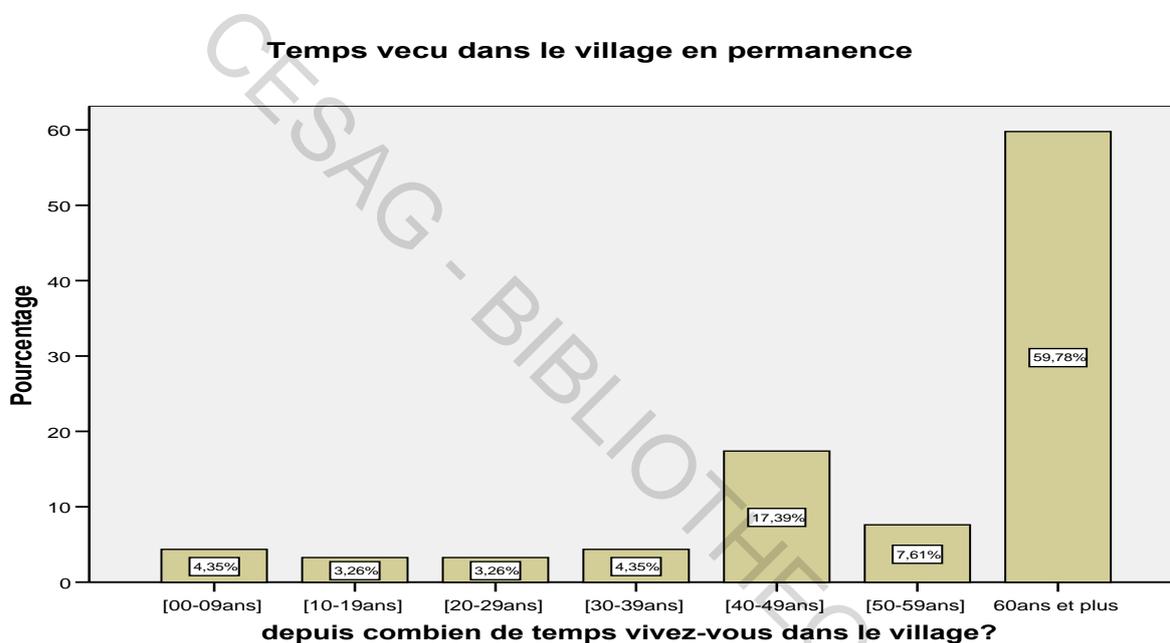
L'âge moyen est 75,20 ans la variance est 126,54, l'écart type est 11,24 et le coefficients de variation est 0,1499.

Au regard des paramètres nous pouvons dire que notre échantillon est juste et précis car l'âge des enquêtés est répartie autour de la moyenne d'âge et le degré d'écartement des âges des enquêtés représente 14,99% de la moyenne d'âge.

Ces données nous permette de dire que notre echantillon est représentatif de la population de NIAKHAR.

IV-1-3-temps de résidence dans le village

Figure 2 : Répartition du temps vécu dans le village par tranche d'âge

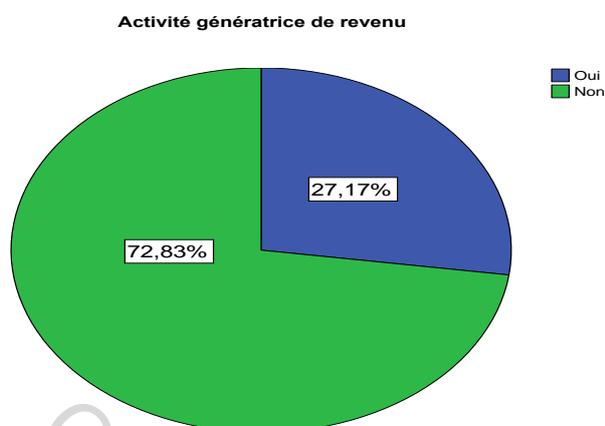


Source : Données d'enquête

On constate que 59,78% des personnes enquêtées ont déclaré qu'elles vivent en permanence dans le village depuis plus de 60ans. Cette période pourrait expliquer le fait que certaines personnes n'auraient jamais quitté leur village depuis leur naissance d'où l'importance, tout en sachant que les ressources des populations sont faible, de faciliter l'accès aux soins en supprimant les barrières d'accessibilité des services médicaux en milieu rural.

IV-1-4-Activité génératrice

Figure 3 : Répartition de l'échantillon par activité génératrice de revenu

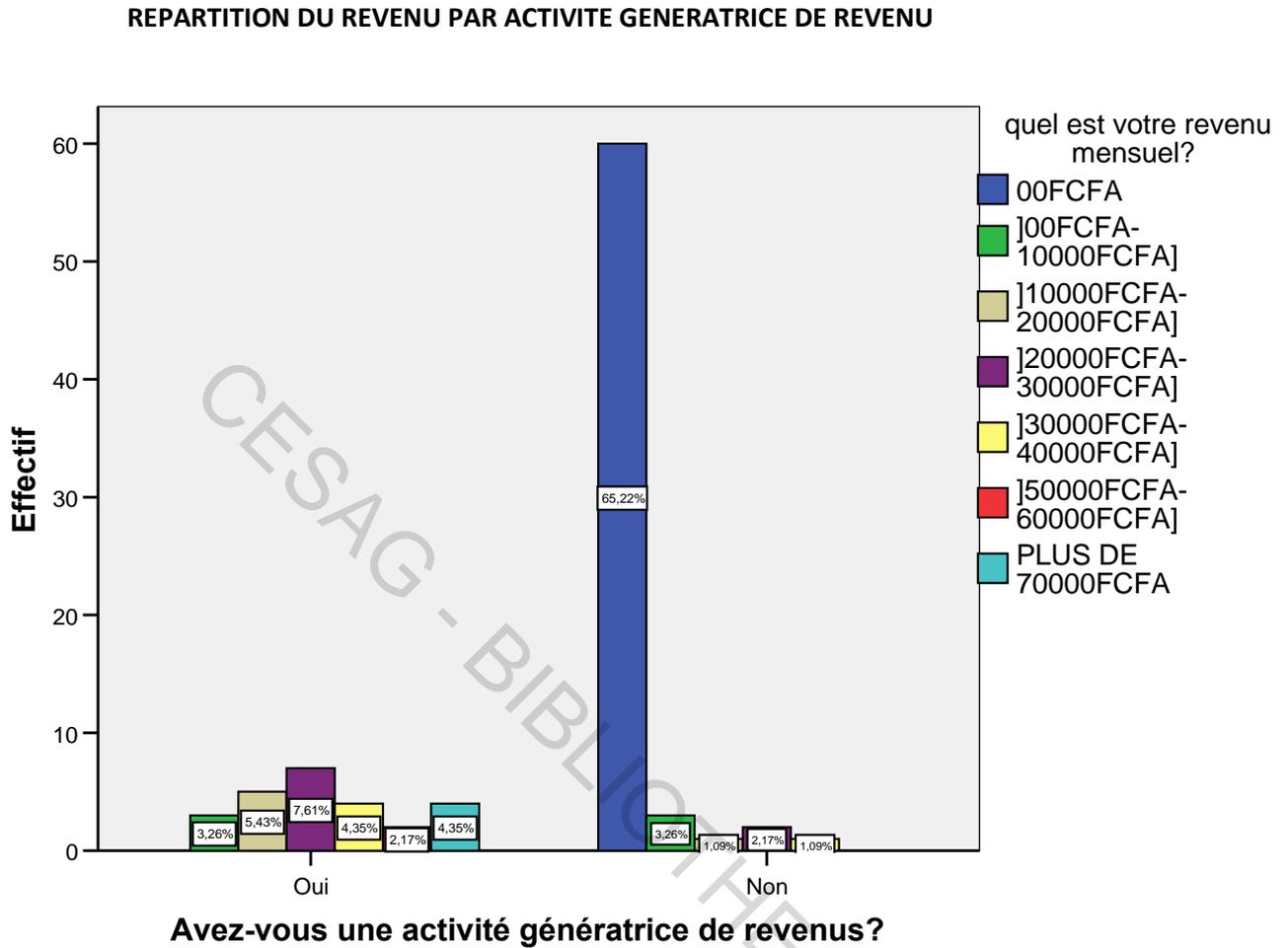


Source : Données d'enquête

Soixante-douze virgule quatre-vingt-trois pourcent (72,83%) des personnes de 60 ans et plus n'ont pas d'activité génératrice de revenu. Ce pourcentage élevé s'expliquerait par l'inactivité des populations âgées de 60 ans au moins du faite de la vieillesse et par conséquent cette population ne serait pas apte physiquement à travailler pour se nourrir et survenir à leur propre besoin.

IV-1-4-1-revenu mensuel

Figure 4: Répartition du revenu par activité génératrice de revenu



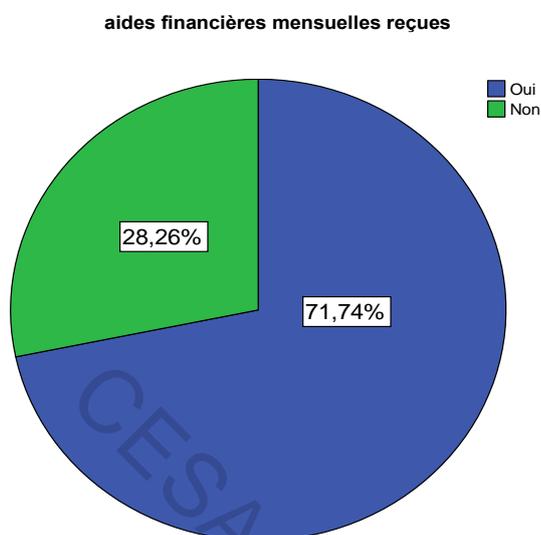
Source : Données d'enquête

Soixante-six virgule vingt-deux pourcent (66,22%) des personnes enquêtées n'ont aucune activité génératrice de revenus et aucun revenu mensuel ce qui pourrait confirmer la vulnérabilité des personnes du troisième âge par leur manque de ressource financière.

Sept virgule soixante-un pourcent (7,61%) des personnes enquêtées ont une activité génératrice de revenu et un revenu compris entre 20.000FCFA et 30.000FCFA.

IV-1-5-Aides financières

Figure 5: Répartition de l'échantillon par aide financière reçue

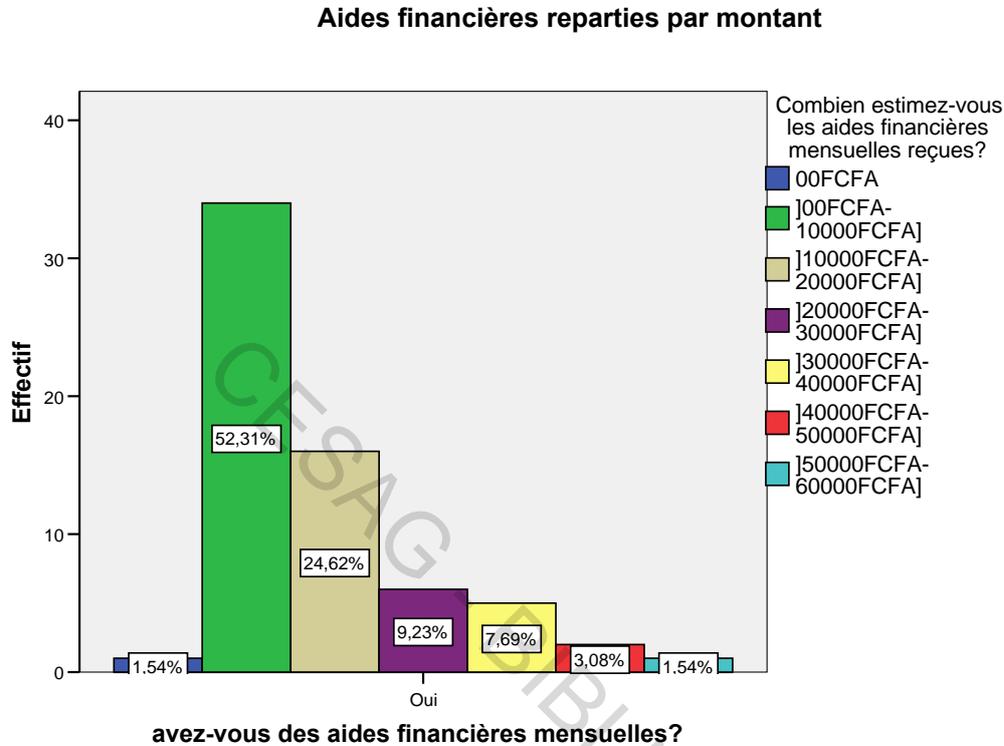


Source : Donnée de l'enquête

Soixante-onze virgule soixante-quatorze pourcent (71,74%) des personnes âgées enquêtées recevaient des aides financières mensuelles. Ce résultat montre effectivement que les personnes de 60 ans sont des personnes assistées en grande majorité par conséquent elle pourrait être bénéficiaire des allocations familiales de l'Etat, du soutien familiale ou de la communauté qui couvrirait leurs besoins en tout en temps et en tout lieu.

IV-1-5-1- Répartition des aides financière par montant

Figure 6 : Répartition des aides financière par montant

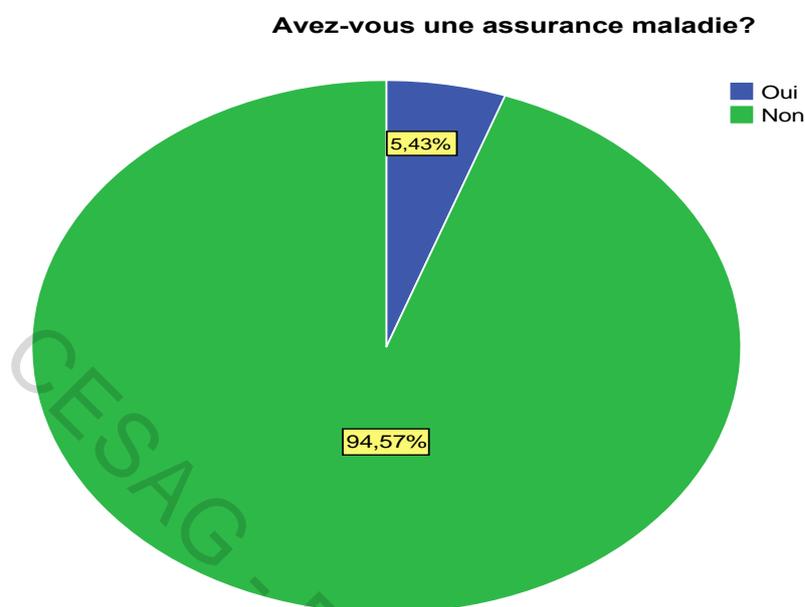


Source : Données de l'enquête

Parmi les individus recevant une aide financière mensuelle, 52,31% des personnes recevaient une aide mensuelle d'une valeur maximale de dix milles FCFA. La faible somme allouée à l'aide pourrait traduire un manque de ressource financière des aidants nous permettant ainsi de dire que les personnes de 60 ans et plus constituerait une lourde charge pour leur famille et la communauté.

IV-1-6-Assurance maladie

Figure 7 : Répartition de l'échantillon par assurance maladie

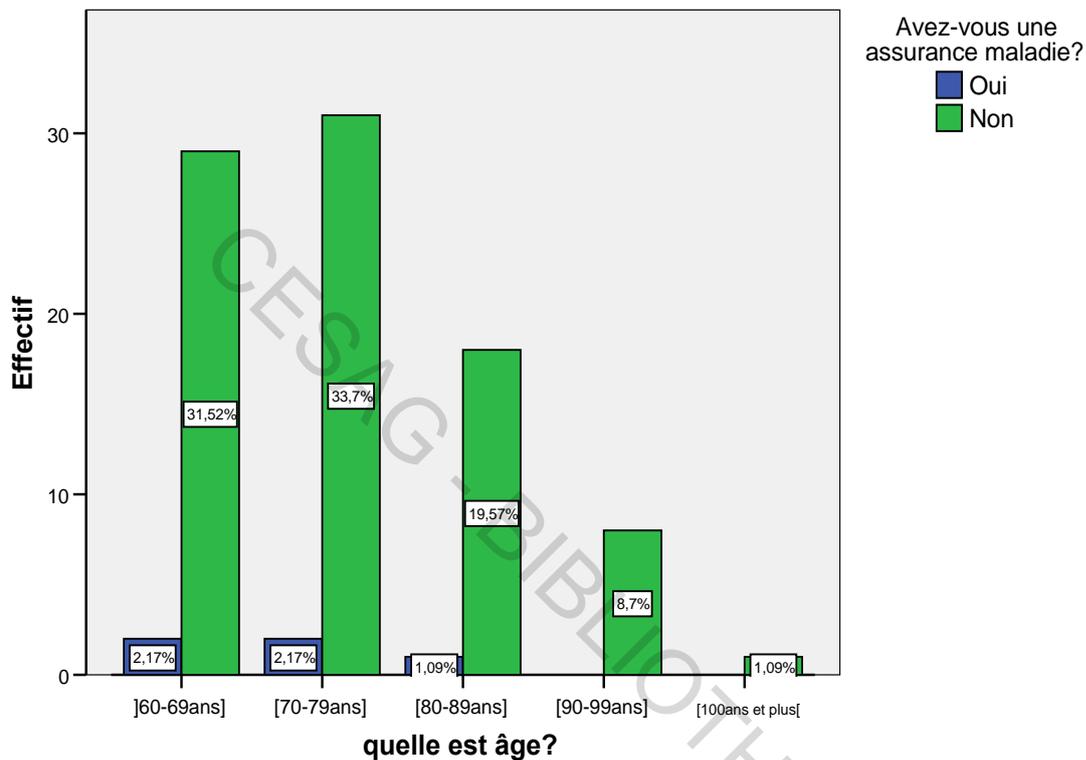


Source : Données de l'enquête

On constate que 94,57% des individus de notre échantillon ne dispose pas d'assurance maladie. Ce pourcentage nous permet de dire que les personnes âgées sont véritablement exposées au paiement direct de leurs soins médicaux. Autrement dit, les coûts liés à la prise en charge médicale des aînés sont à leur propre ou à leur famille.

IV-1-6-1- Répartition de la couverture maladie par tranche d'âge

Figure 8: Répartition de l'assurance maladie par tranche d'âge



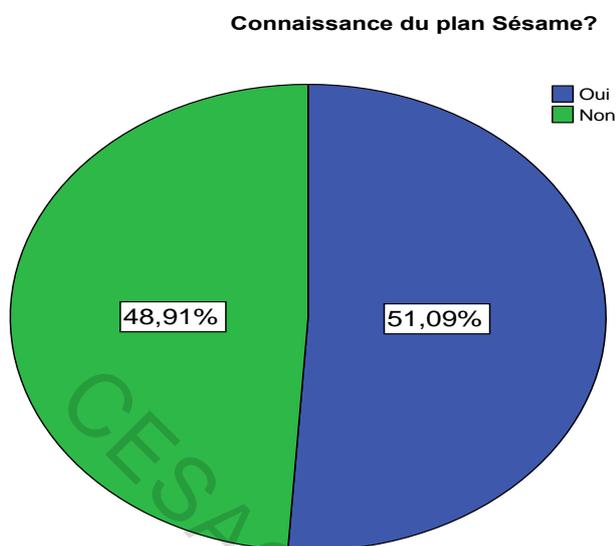
Source : Données d'enquête

Dans toutes les tranches d'âge confondues, nous constatons que la majorité des personnes âgées de 60 ans et plus n'ont aucune couverture maladie ce qui pourrait les éloigner des postes de santé et les exposerait aux dépenses catastrophiques en cas de maladie.

Ces résultats pourraient se justifier par le manque de revenu, la faiblesse des aides financières et la grande dépendance financière liée au manque d'activité génératrice de revenu.

IV-1-7-Connaissance du plan Sésame

Figure 9: Connaissance du plan Sésame



Source : Données de l'enquête

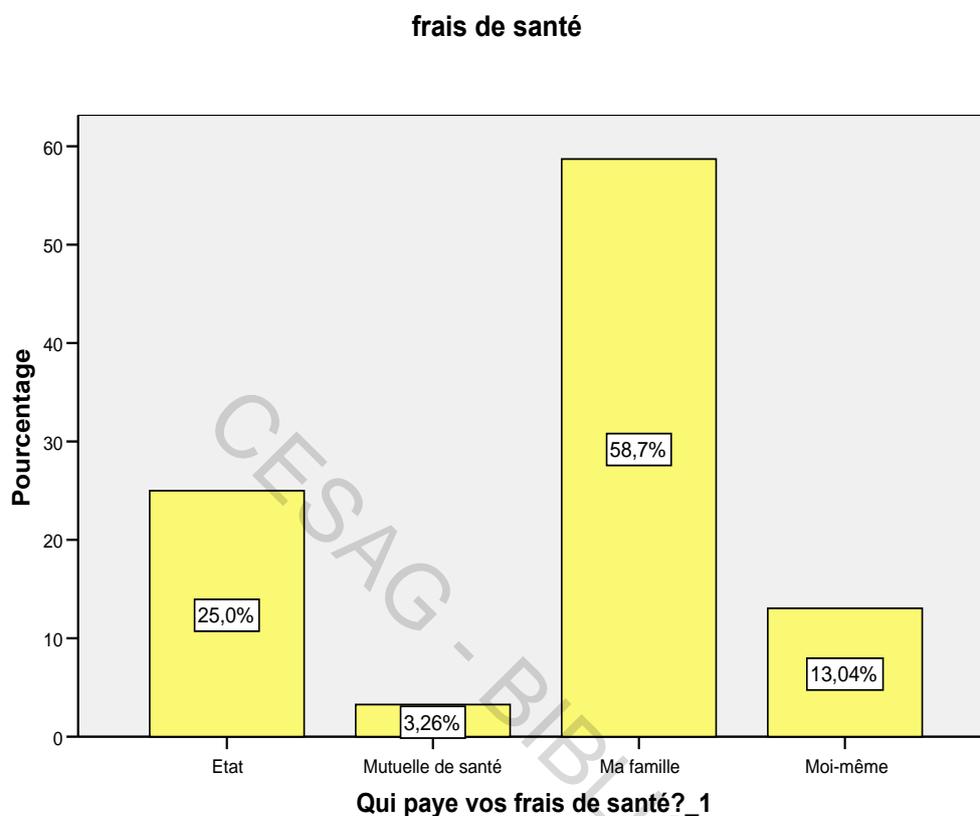
Quarante-huit virgule quatre-vingt-onze pourcent (48,91%) des personnes enquêtées ont affirmé ne pas connaître le plan Sésame.

Parmi les personnes ayant une connaissance du plan Sésame :

- 50% des personnes ont affirmé que le plan Sésame consistait à la gratuité des consultations et des médicaments ;
- 1,09% des enquêtées ont déclaré qu'il s'agissait d'une réduction de moitié des frais de santé ;
- 12% des réponses ont montré que les personnes ne savaient pas ou s'appliquait le plan Sésame ;
- 39,09% des personnes ont révélé que le plan Sésame s'applique au sein des hôpitaux publics.

IV-1-8-En charge des frais de santé

Figure 10: Présentation des sources de financement des soins médicaux

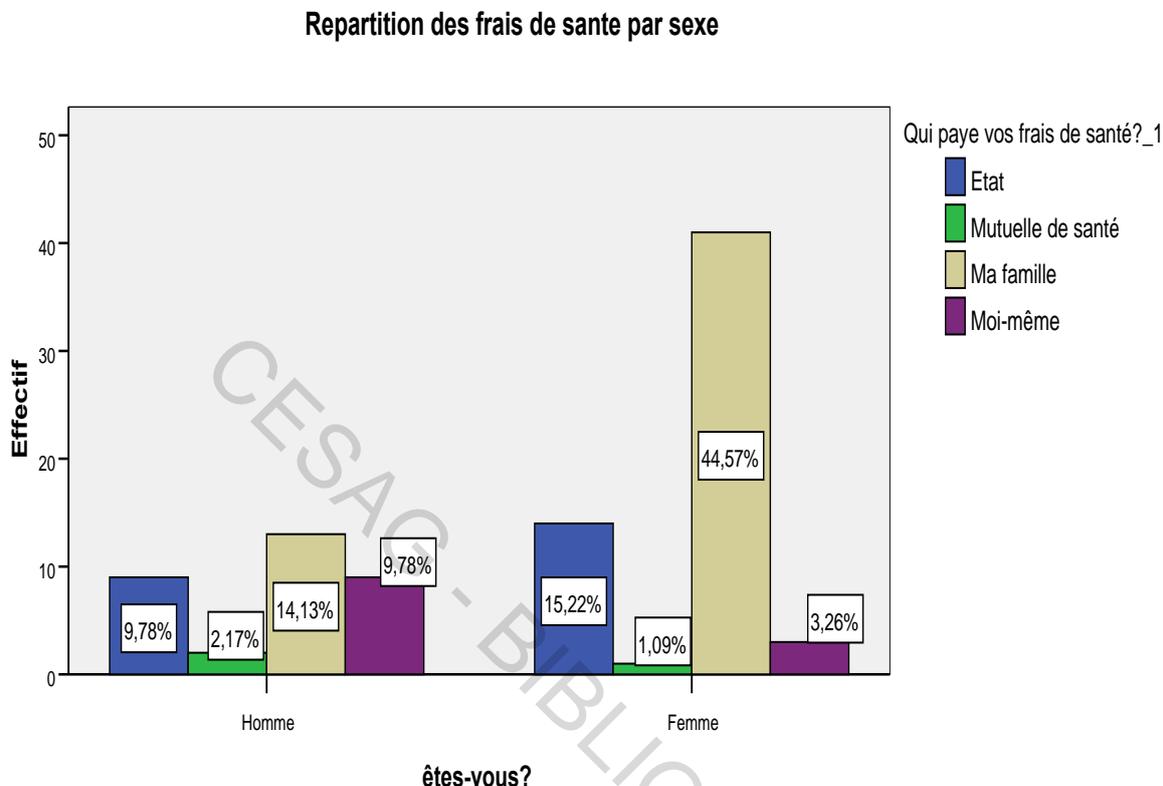


Source : Données de l'enquête

Cinquante-huit virgule sept pourcent (58,7%) des individus interrogés ont leur frais de santé pris en charge par leur famille par-contre 25,0% ont affirmé que cette prise en charge était assurée par l'Etat. Cela pourrait être justifié par les insuffisances liées à l'application du plan Sésame. Ces résultats attesteraient le besoin d'alléger les charges de santé des personnes de 60 ans et plus qui sont affectées à la famille. Ceci permettrait d'éviter les dépenses catastrophiques.

IV-1-8-1-prise en charge des frais de santé par sexe

Figure 11: Répartition des frais de santé par sexe



Source : Données de l'enquête

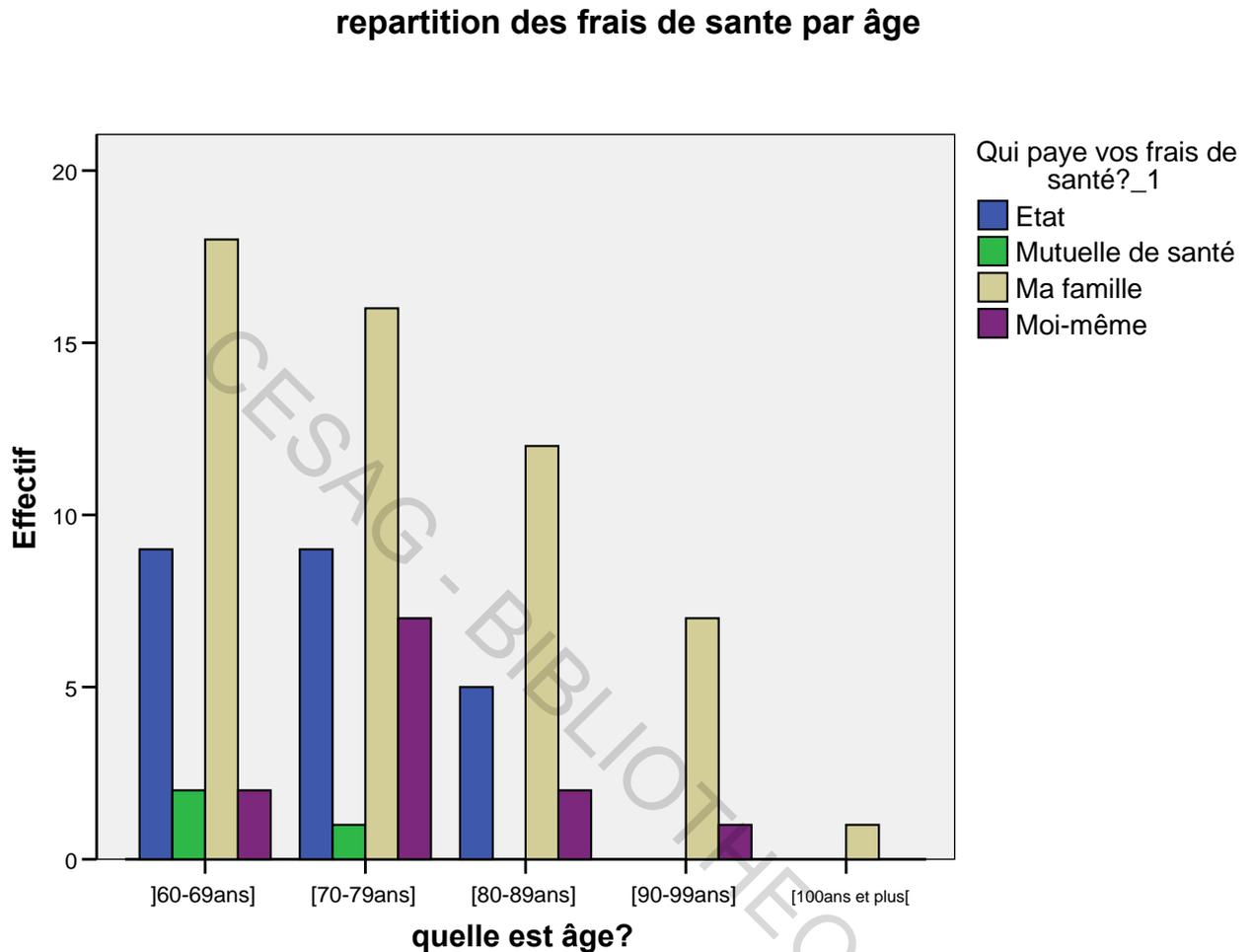
Quarante-quatre virgule cinquante-sept (44,57%) des femmes et 14,13% des hommes enquêtés ont déclaré être à la charge de leur famille en ce qui concerne les frais de santé. Ces pourcentages prouveraient que la famille demeure au centre de la prise en charge des personnes du troisième.

Trois virgule vingt-six pourcent (3,26%) des femmes et neuf virgule soixante-dix-huit pourcent (9,78%) des hommes enquêtés ont attesté que les frais de santé sont à leur propre charge.

Ces résultats expliqueraient le fait que les hommes en tant que chef de famille ont toujours le souci de prendre en charge leurs femmes face à toutes les éventualités.

IV-1-8-2-prise en charge des frais de santé par âge

Figure 12: Répartition des frais de santé par âge



Source : Données de l'enquête

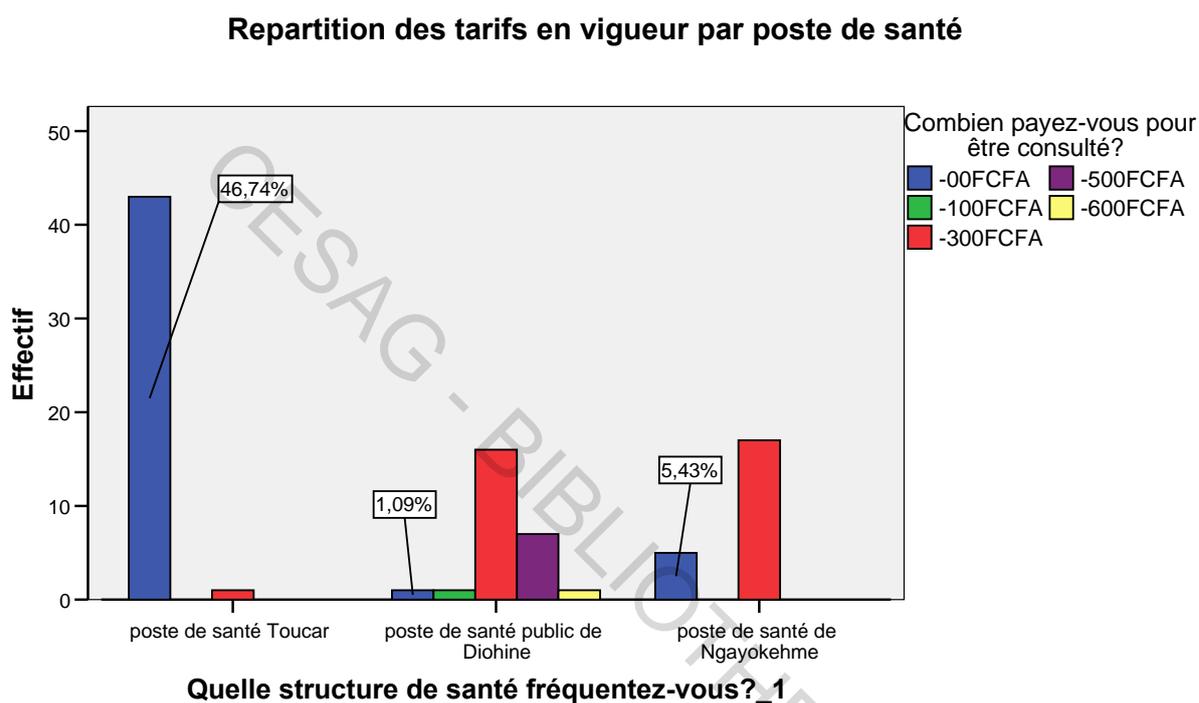
Nous constatons que la famille est la première source de financement des soins de santé suivi respectivement de l'Etat et de l'individu lui-même. De ce fait, nous diront que les populations payent toujours les frais de santé en milieu rural même lorsque le plan Sésame est appliqué.

IV-2-Analyse des postes de santé

IV-2-1-Fréquentation des postes de santé

IV-2-1-1-En fonction des tarifs en vigueur

Figure 13: Répartition des tarifs en vigueur par poste de santé



Source : Donnée d'enquête

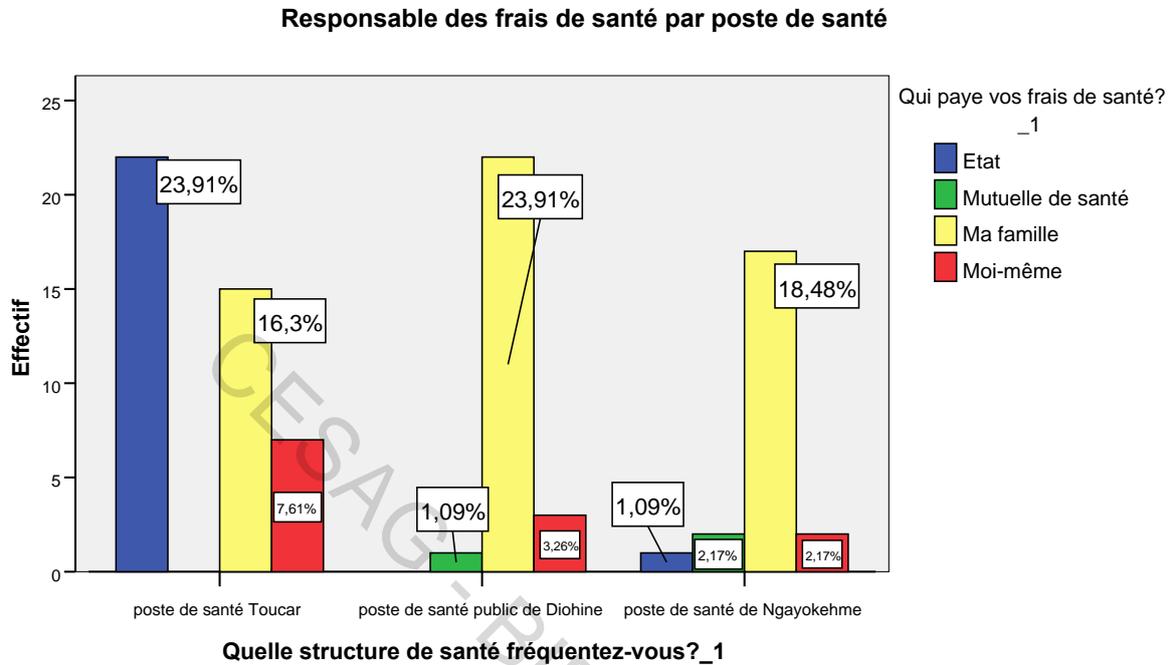
Les trois postes de santé ont plusieurs types de tarif appliqué aux patients. Cependant, à travers notre étude, nous remarquons que :

- 46,74% des enquêtés ont affirmé payer 00FCFA au poste de santé de Toucar contre 1,09% et 5,43% respectivement aux postes de santé de Diohine et de Ngayokehme ;

Ainsi donc, l'accès aux postes de santé est différent pour les populations cible du plan.

IV-2-1-2-En fonction de celui qui paye les frais de santé

Figure 14: Responsable des frais de santé par poste de santé



Source : Donnée de l'enquête

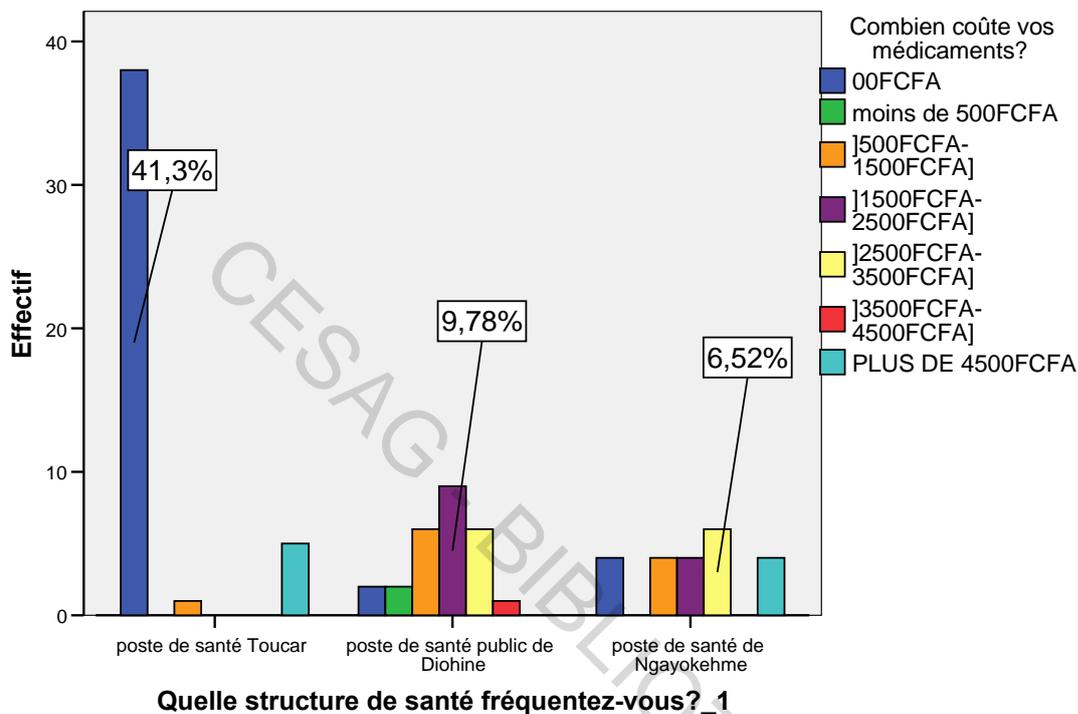
Au poste de santé de Toucar, 23,91% des personnes enquêtées fréquentant le poste ont affirmé être pris en charge par l'Etat. Par contre 00,00% à Diohine et 01,09% à Ngayokheme.

Au vue de ces résultats nous pouvons affirmer que le plan n'est pas appliqué au poste de Diohine et faiblement appliqué au poste de santé de Ngayokheme alors que le poste de santé de Toucar applique en majorité le plan Sésame.

IV-2-1-3-En fonction des dépenses en médicaments

Figure 15: Répartition des dépenses en médicaments par poste de santé

Répartition des dépenses en médicaments par poste de santé

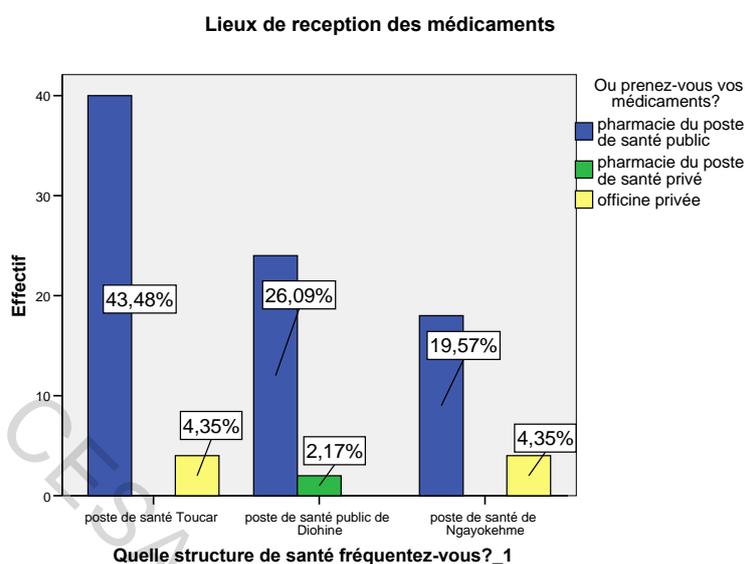


Source : Donnée d l'enquête

Quarante-un virgule trois pourcent (41,3%) de l'échantillon ont répondu ne rien payer pour avoir des médicaments au poste de Toucar contre 9,78% et 6,52% des individus ont affirmé avoir dépensé respectivement une somme comprise entre mille cinq cents francs CFA et deux mille cinq cents (1500 FCFA et 2500 FCFA), deux mille cinq cents francs CFA et trois mille cinq cents franc CFA (2500 FCFA et 3500 FCFA). Ce constat est donc une entrave à l'exécution parfaite du plan mais se justifierait par un manque de financement et de gestion des postes de santé.

IV-2-1-4-En fonction du lieu de réception des médicaments

Figure 16: Répartition de l'échantillon par lieux d'achat des médicaments

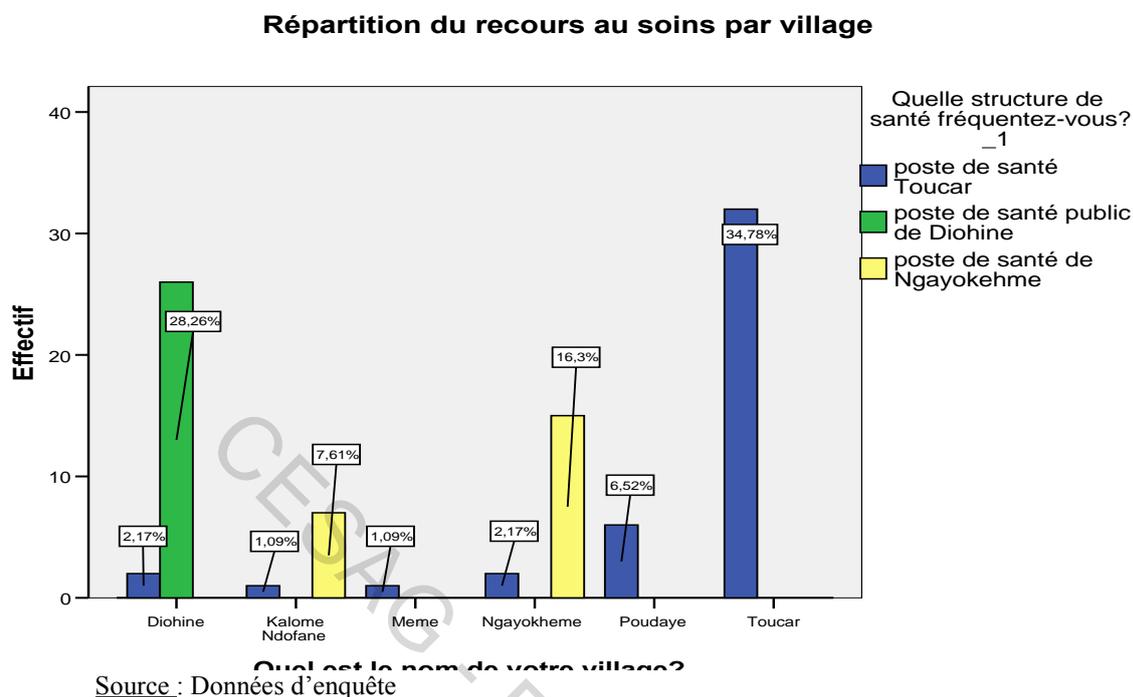


Source : Données d'enquête

L'ensemble des individus de notre population prennent leurs médicaments dans les postes publics de santé. De ce fait, nous concluons que les postes de santé constitueraient la source majeure d'acquisition des médicaments de la population. D'où la nécessité de renforcer sa dotation en médicament et d'amélioration les conditions d'exécution du plan Sésame.

IV-2-1-5-En fonction du lieu de résidence

Figure 17: Répartition du recours aux soins par village



Nous remarquons que le poste de santé de Toucar est fréquenté par toutes les populations des villages de notre enquête. Ce fait pourrait s'expliquer par le tarif des consultations et des médicaments en vigueur pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

IV-3-Recours aux soins par poste de santé

Cette partie sera constituée de la présentation générale des postes de santé suivie de celle de chaque poste de l'aire d'étude de NIAKHAR.

IV-3-1-Présentation générale d'un poste de santé

Dirigé par un infirmier chef de poste et en collaboration avec un comité de gestion du poste, le poste de santé mène des activités de soins de santé primaires dans sa zone de responsabilité en milieu rural. C'est la plus petite unité de prestation des soins médicaux du district, la case de santé étant au niveau communautaire.

Le personnel du poste est constitué de deux types d'employés :

- Le personnel Etatique : Infirmier (01) et Sage-femme (01)
- Le personnel non-Etatique donc recrutés par le poste de santé : Agents de santé communautaire, Dépositaire, Aide-soignante, Matrone, gardien

Le financement d'un poste se fait par quatre manières combinées :

- fonds de dotation annuel non décentralisé : d'une valeur de deux (02) millions elle sert à l'achat des médicaments chaque année. Ce fond est issu du trésor de l'Etat.
- Fonds de dotation annuel décentralisé : ce fond est logé dans le budget de la collectivité, il peut varier d'une année à une autre mais ayant toujours pour objectif l'achat des médicaments.

Ces deux fonds sont spécialement dédiés aux achats des médicaments à la pharmacie régionale d'approvisionnement avec une ligne budgétaire pour le carburant de l'ambulance.

- Vente des médicaments aux patients non exemptés : le poste de santé a une ristourne sur la vente de chaque médicament servant au salaire du dépositaire.
- Ticket de consultation médicale : les tickets vendus aux patients non exemptés doivent servir au fonctionnement du poste et aux salaires du personnel non fonctionnaires.

Les recettes du poste sont issues :

- Des consultations (les tarifs de consultation sont homologués au niveau du district) ;
- Des médicaments ;
- Des actes des soins infirmiers ;

Les dépenses du poste sont issues :

- Des médicaments ;
- Du matériel de gestion du poste ;
- Des salaires du personnels non Etatique ;
- Du carburant de l'ambulance ;
- La maintenance des locaux ;
- Des charges exceptionnelles ;

La clé de répartition des recettes du poste de santé devrait se faire comme suit :

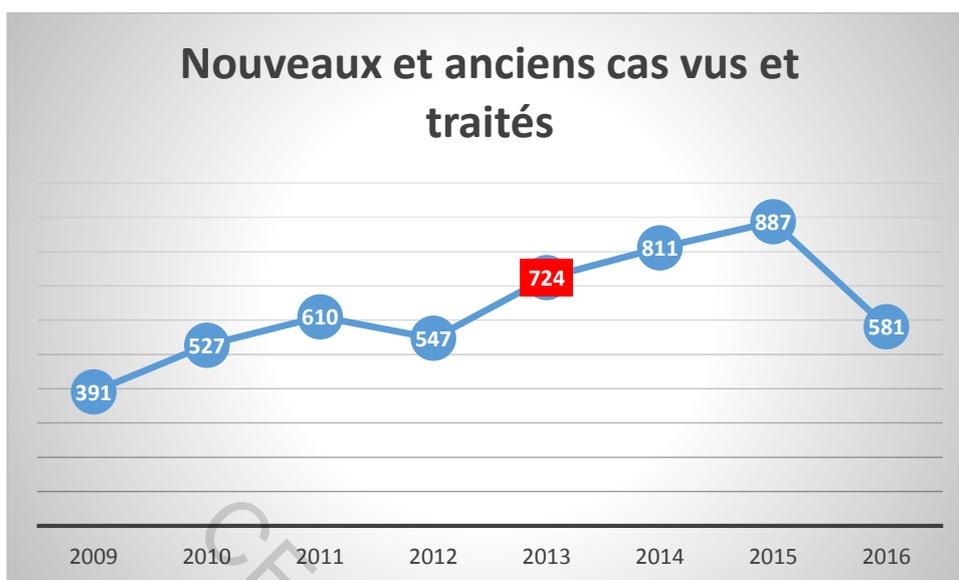
- ✓ 10% du montant des consultations pour le fonctionnement du poste de santé
- ✓ 20% du montant des consultations pour le fonctionnement du comité de gestion
- ✓ 15% du montant des consultations pour le carburant
- ✓ 5% du montant des consultations sont reversées au district
- ✓ 25% du montant des consultations pour le personnel Etatique
- ✓ 25% du montant des consultations pour les agents communautaires
- ✓ 10% des ventes de médicaments pour le dépositaire et le reste pour l'achat des médicaments.

IV-3-2-poste de NGAYOKHEME

De nos entretiens, il ressort que le poste a été créé en 1987. Aussi, c'est après la réhabilitation du poste en 2008 qu'un infirmier permanent a été affecté. Le ticket de consultation est au tarif unique de 300fcfa et le poste dispose de deux fonctionnaires de l'Etat (un infirmier et une sage-femme) et de huit agents recrutés par le poste.

Le poste a débuté l'application du plan Sésame en 2013 mais n'a reçu aucun remboursement jusqu'en juillet 2017. Ceci constituerait un frein à la bonne marche du plan Sésame.

Figure 18: Evolution du nombre de consultation par année à Ngayokheme



Source : Rapport global du poste de santé

Au regard de la variation du nombre de consultation nous remarquons, un pic de consultation l'année de l'exécution du plan Sésame avec une croissance du nombre de consultations les deux années suivantes et une chute des consultations l'année d'après.

Le pic de consultation pourrait justifier la bonne exécution du plan Sésame et sa chute traduirait le début des problèmes de déroulement du plan au sein du poste ce qui est en phase avec les 5,43% des patients enquêtés qui ont affirmé payer 00 fcfa pour être consulté. Cela nous emmène à dire que le poste exécute le plan Sésame à mi-temps c'est-à-dire que le poste pourrait parfois appliquer la gratuité des consultations avec les médicaments payants. Par conséquent, le poste de santé supporte les frais de consultation des personnes bénéficiaire du plan Sésame à hauteur de :

-en 2013: $724 \times 300 = 217\,200$ fcfa

-en 2014: $811 \times 300 = 243\,300$ fcfa

-en 2015: $887 \times 300 = 266\,100$ fcfa

–en 2016 : $581 \times 300 = 174\,300$ fcfa

Le manque a gagné depuis l'application du plan s'élève à 900 900 fcfa. Le montant du remboursement des médicaments consommé pour le plan n'a pas pu être relevé du fait du manque d'archive et de dossier spécial destiné au plan Sésame.

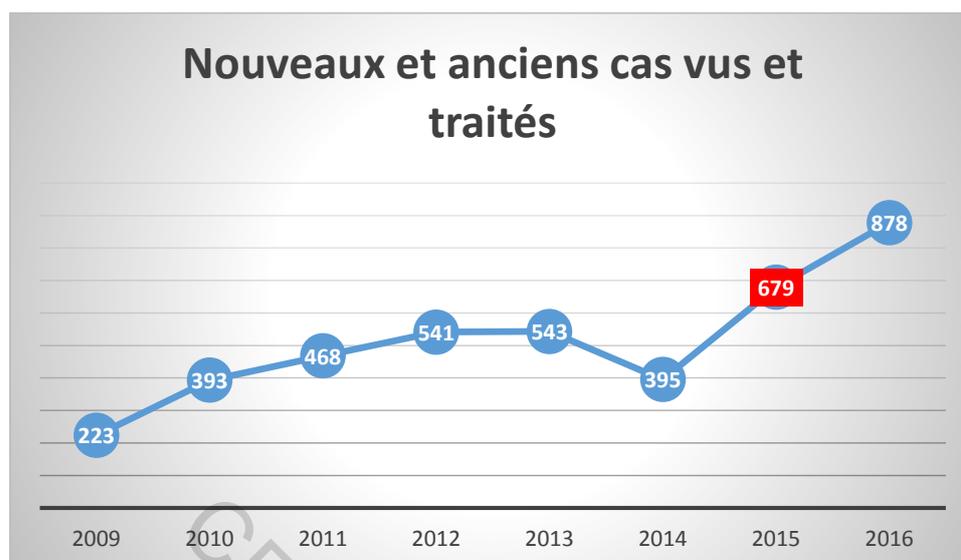
IV-3-3-Poste de TOUCAR

Présent depuis 1996 au poste de santé de Toucar, l'infirmier chef de poste applique une multitude de tarifs aux personnes non exemptées de frais de consultation ainsi les tarifs appliqués sont :

- 300 fcfa le matin ;
- 400fcfa l'après-midi ;
- 500fcfa le Samedi, Dimanche et les jours fériés.

En dehors du personnel Etatique (un infirmier et une sage-femme), le personnel est aussi constitué de huit agents recrutés par le poste de santé. A Toucar, le plan Sésame a effectivement débuté en février 2015 et le poste n'a reçu aucun remboursement jusqu'en juillet 2017. Ceci pourrait constituer un obstacle à la pérennisation du plan Sésame.

Figure 19 : Evolution du nombre de consultation par année à Toucar



Source : Rapport global du poste/Registre de consultation

Au regard de la variation du nombre de consultations nous remarquons, un pic de consultation l'année de l'exécution du plan Sésame avec une croissance du nombre de consultation l'année suivante. Le pic de consultations pourrait justifier le début effectif du plan Sésame et l'augmentation du nombre de consultation l'année suivante justifierait la bonne exécution du plan.

Ainsi, nous pourrions croire que le plan Sésame fonctionne normalement depuis son application. En outre, l'enquête menée au sein des populations des villages de NIAKHAR nous a permis de constater que le poste de Toucar est fréquenté par l'ensemble des populations de tous les villages. Aussi 46,74 % et 41,3% des enquêtés ont déclarés avoir payé 00 fcfa respectivement pour la consultation et les médicaments.

En supposant que toutes les personnes devraient être consulté à 300fcfa, le manque a gagné issu des frais de consultation des personnes bénéficiaire du plan Sésame est de :

–en 2015 : $679 \times 300 = 203\,700$ fcfa

–en 2016 : $878 \times 300 = 263\,400$ fcfa

Ce manque a gagné depuis l'application du plan s'élève à 467 100 fcfa. Le montant du remboursement des médicaments consommé pour le plan n'a pas pu être relevé du faite du manque d'archive et de dossier spécial destiné au plan Sésame.

IV-3-4-Poste de sante de DIOHINE

Dans le village de DIOHINE, il existe deux postes de santé dont l'un est privé. En l'absence des responsables du poste privé et tenant compte de notre protocole, nous nous sommes intéressés au poste public.

Présent en permanence depuis Novembre 2015 au poste public de santé de Diohine, l'infirmier chef de poste applique deux types de tarifs aux patients à savoir un tarif pour les consultations en jour ouvrable 300 fcfa et 500 fcfa pour le week-end, les jours fériés et la garde de nuit. A ces tarifs s'ajoutent celui des soins infirmiers : 100fcfa. Aussi avant 2015 les archives du poste n'ont pu être retrouvées.

Figure 20: Evolution du nombre de consultation par année à Diohine



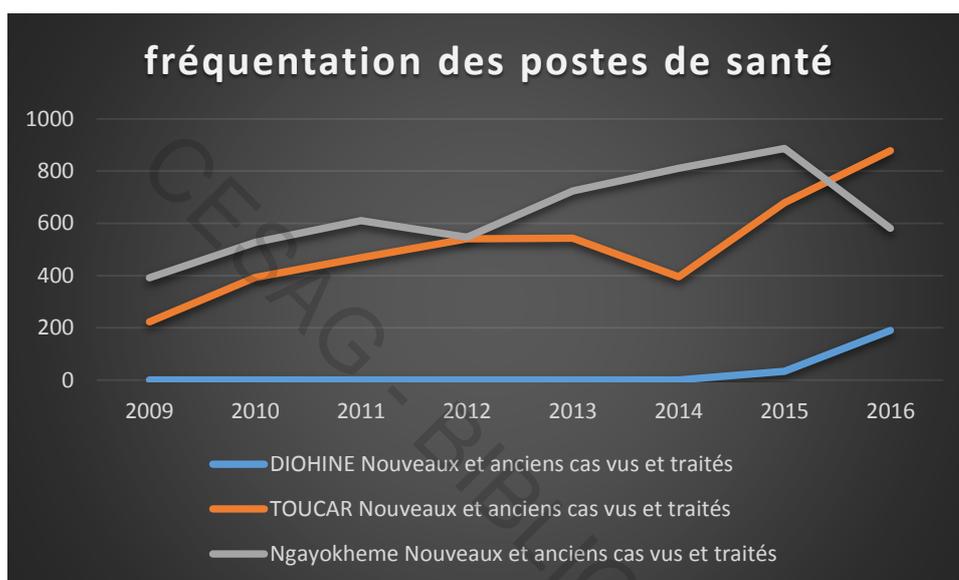
Source : Registre de consultation du poste de DIOHINE

Notre entretien avec l'infirmier nous a permis de savoir que le poste public de DIOHINE n'a pas encore commencé le plan Sésame et n'a pas de zone

géographique de responsabilité sanitaire. Ce poste est sous la responsabilité du poste privé de DIOHINE. Ainsi, les populations du village de DIOHINE sont toujours exposées aux dépenses catastrophiques de santé eu égard des différents tarifs de consultation et de médicaments en vigueur.

IV-3-5-Comparaison des trois postes

Figure 21: Comparaison du nombre de consultation des trois postes de santé par année



Source : Registre de consultation/Rapport global des postes

Le nombre de consultations des personnes âgées de 60 ans et plus au poste de santé de Ngayokheme est supérieur au poste de Toucar jusqu'en 2015 et est inversé en 2016. Quant au poste de santé de Diohine, le nombre de consultation concernant les personnes âgées de 60ans et plus est resté inférieur aux autres postes jusqu'en 2016. De ce fait, nous dirons que le faible nombre de consultation au poste de Diohine pourrait être expliqué par l'inapplication du plan Sésame. S'agissant du poste de Toucar les personnes âgées ont augmenté leur fréquentation à partir de 2015 du faite du début du plan Sésame. La gratuité des consultations et des médicaments a certainement contribué à une hausse des fréquentations alors qu'elle a entraîné une baisse des fréquentations au poste de

Ngayokheme pouvant s'expliquer par le non remboursement des actes médicaux et médicaments payés par ledit poste de santé.

Avant 2016, la multitude des tarifs en vigueur à Toucar pourrait expliquer le nombre de consultation inférieur à celui de Ngayokheme. En effet, il serait plus facile pour les populations de faire face à un tarif unique comme à Ngayokheme qu'à une tarification variant en fonction du temps à Toucar.

Les coûts liés à la consommation de médicaments des différents postes n'ont pu être analysés du fait du manque de documentation adéquate.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE V : DISCUSSIONS

Le plan Sésame découle d'une initiative volontariste du président de la république d'alors de venir au secours de cette frange de la population. Cela correspond aussi à une nouvelle vision de l'État voulant mettre en place des programmes et des politiques publiques permettant de supprimer les barrières financières ce qui est conforme à l'étude de Valéry Ridde qui a mis en évidence la volonté des acteurs de la santé mondiale a supprimé tous les paiements direct aux soins de santé. Cependant le non-respect de la date de lancement, l'absence des remboursements des consommations du plan justifieraient, selon Ousseini, que le plan a été précipité et mal formulé.

Il se pourrait que l'application de la politique « SÉSAME » n'ait pas été précédée d'une étude des besoins réels des cibles ni des coûts de son exécution encore moins de ses effets prévisibles. Il pourrait s'agit d'une exécution sur la base de la seule volonté d'une autorité publique.

En réalité, la politique « SÉSAME » ne se reflète que dans la prise en charge médicale des aînés dans les structures sanitaires. Et à ce propos, le plan a effectivement permis, dans une certaine mesure, l'accessibilité des structures de soins au vue des pics de consultations enregistrées à partir de l'année de début du plan aux postes de sante de Toucar et de Ngayokheme. Cet accroissement de la fréquentation des structures de soins par les personnes âgées a été mis en exergue par l'étude de De-Sardan et Ridde. Selon eux : la fréquentation des centres de santé est incontestablement à mettre à l'actif des différentes mesures d'exemption. Concernant les coûts de la prise en charge, l'exécution du plan ne se répercute pas sur les économies des familles des personnes âgées vivant en milieu rural dans la mesure ou notre étude a montré que la famille finance en grande partie les soins de santé des aînés en milieu rural à tout âge et peu importe le sexe. Ainsi nôtre étude est conforme à celle menée par De-Sardan, Bâ-Maimouma et Diallo. Pour De-Sardan dans les domaines bénéficiant d'exemption ou de subvention, les soins

de santé ne sont, de fait, jamais vraiment gratuits pour l'utilisateur, celui-ci continue à payer. Maimouma a réussi à montrer que les couches sociales les plus aisées et celle résidant en milieu urbain ont plus de chances d'accéder aux ressources du plan Sésame. Quant à Diallo, il a mis en évidence les iniquités socioéconomiques du plan Sésame entre les retraités et les personnes à leur propre frais.

Les tarifs des consultations, des médicaments en vigueur par poste de santé et les faibles dotations allouées aux postes de santé sont des insuffisances affectant l'efficacité de la politique concernant les populations âgées de 60 ans et plus en milieu rural. Cela s'inscrit dans le même ordre d'idée que Diarra dans son étude « mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger : évaluation dans les districts sanitaire ». Il a su faire ressortir l'indispensabilité de l'appui fourni à un district par une organisation non gouvernementale pour la réussite de la mise en œuvre de la politique.

CHAPITRE VI : RECOMMANDATIONS

L'exécution du plan « SÉSAME » est incontestablement bénéfique aux personnes âgées qui en font usage en milieu rural. Une meilleure approche permettrait d'atteindre les objectifs assignés du point de vue de la portée, de l'efficacité dans l'accès et l'utilisation des services.

À cet effet, nous recommandons :

❖ AUX AUTORITES POLITIQUE

- prendre un décret permettant d'exiger l'exécution effective du plan Sésame en milieu rural. Ce décret permettra d'appliquer obligatoirement le plan Sésame dans toutes les structures publiques des zones rurales.
- augmenter la dotation financière centralisée des postes de santé de santé en vue d'augmenter la quantité de médicament fourni aux postes.

❖ AUX AUTORITES SANITAIRES

Il existe bien des sources de financement fiables, mais le problème qui se pose est qu'il n'y a pas de mécanismes de financement efficace pour supporter les charges imputables à cette politique. C'est pourquoi nous recommandons ce qui suit :

- encourager la mise en œuvre de protocole thérapeutique standardisé au niveau des postes de santé en vue d'avoir une bonne maîtrise des coûts directs liés à la prise en charge des personnes âgées et de mieux identifier les besoins en médicament. Ceci permettrait de planifier les remboursements à la suite des demandes.
- procéder à une évaluation des besoins réels des bénéficiaires pour que le peu de ressources disponibles soit destiné en priorité aux nécessiteux en fonction des besoins.
- procéder de façon systématique et régulière à l'évaluation de l'exécution du plan au niveau national et particulièrement en milieu rural afin de cerner les réalités et d'apporter les correctifs nécessaires au niveau des postes de santé.

❖ **AUX AUTORITES MUNICIPALES**

- augmenter la dotation décentralisée octroyée aux postes de santé en fonction de la démographie de la zone de responsabilité sanitaire.
- prévoir un budget spécial destiné aux achats des médicaments pour l'exécution du plan Sésame.
- Impliquer les différentes communautés rurales par l'affiliation des mutuelles de santé au financement des postes. Le plan doit être accompagné d'une communication opérationnelle en milieu rurale par l'établissement des canaux d'information avec les différentes catégories d'âge, les différentes associations et la notabilité ou chefferie des villages.

En définitive, la prise en compte de ces quelques considérations pourrait contribuer à la pérennisation du plan en milieu rural.



CONCLUSION

CONCLUSION

Le plan « SÉSAME » exécuté depuis 2006 au Sénégal se caractérise par son universalité et sa population cible. En milieu rural, principalement à NIAKHAR, l'exécution de cette volonté politique est affectée par son application irrégulière au niveau des postes de santé exposant toujours les aînés aux dépenses catastrophiques dues aux paiements direct des frais de santé. Elle a partiellement failli par la non prise en compte des réalités du moment. Le problème majeur du plan Sésame est son exécution en dent de scie et l'insuffisance des ressources (financières, matérielles et organisationnelles).

C'est un altruisme de dire que la mise en œuvre du plan « SÉSAME » a contribué à l'accroissement de la fréquentation des structures de soins par les personnes âgées. La grosse difficulté en termes d'effets concerne l'accessibilité aux médicaments. Il s'y ajoute la portée assez limitée du plan qui n'atteint pas la grande majorité des groupes cibles à cause des failles décelées dans le remboursement des consommations et le début d'exécution du plan.

De ce fait, la mise en œuvre du plan laisse paraître des iniquités géographique (déplacement des populations d'un village à un autre pour être consulté) et économique (gratuité des soins et des médicaments dans un poste et pas à un autre) dans l'accès et l'utilisation des services entre les catégories de personnes âgées.

Ainsi, il serait opportun de mener des évaluations régulières du plan et une réflexion profonde sur le principe de l'équité en faisant une analyse situationnelle des capacités d'exécution du plan en fonction des financements reçus par les postes de santé dans une perspective de redistribution des avantages liés à la politique de gratuité des soins dans l'optique de renforcer son efficacité.

Finalement, le Plan Sésame a des effets positifs sur l'allègement des charges médicales pour les usagers mais les modalités de son implantation et de sa pérennisation constituent des limites objectives qui affectent considérablement sa portée et son efficacité. Or la disponibilité des médicaments et l'institutionnalisation du plan Sésame en milieu rural constituent des éléments majeurs pour sa pérennisation et son implantation.

REFERENCES

- AMORIN, Aude, CAVELIER, Bernadette, RULETA, Michae, . . . Yves. (2005). *GUIDE DE L'EVALUATION*. Paris, France: Service de la stratégie des moyens et de l'évaluation du ministère des affaires étrangères - bureau de l'évaluation.
- BA-Maymouna, F. D. (Octobre 2015). Impact des modalités d'allocation des ressources dans les mécanismes d'exemption sur l'équité: Plan Sésame, Sénégal. *African health monitor*, 72.
- Bernier, L. (2010). *Analyse des politiques publiques*. Montréal: les presses de l'université de montréal.
- DE-SARDAN, J.-P. R.-V. (2012). l'exemption de paiement des soins au Burkina faso, Mali, Niger : les contradictions des politiques publiques. *Afrique Contemporaine*, 11-32.
- DIALLO, I. (2013, NOVEMBRE). Analyse d'une politique publique de santé destinée aux personnes âgées au Sénégal. la mise en oeuvre du système d'assistance "Sésame". *mémoire de maîtrise en gérontologie*.
- DIARRA, A. (2013). Mise en oeuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger: évaluation dans les districts sanitaire. *Afrique contemporaine*(243), 77-93.
- DRUMMOND, O'brien, M., Greg, STODDART, L., & TORRANCE, G. (1998). *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé* (Vol. 331). Economica.
- FATANEH-Zarinpoush. (2006). *guide d'évaluation de projet à l'intention des organismes sans but lucratif : méthodes et étapes fondamentale pour procéder à l'évaluation de projets*. Toronto: imagine Canada.
- MAKHTAR, Mayassine, DIONGUE, Adama, FAYE, Mamadou, . . . DIA-Anta. (2013). Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées "PLAN SESAME" au SENEGAL. *Revue Santé Publique*, 25(01), 101-106.
- MBAYE, Elhadji, Mamadou, RIDDE, Valery, & OUESSEYNOU-Kâ. (2013). "les bonnes intention ne suffisent pas": analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal. *Santé publique*, 107-112.
- MINISTERE de la SANTE et de la PREVENTION. (2009-2018). *PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE* . DAKAR.
- Morestin, G., & Benoit. (2010). *Méthodes de synthèse de connaissance sur les politiques publiques*. Quebec: Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Récupéré sur www.ccnpps.ca
- NDIAYE, D. (2007). *Evaluation des initiatives de subvention et du fond social / rapport final*. DAKAR.
- Noirhomme, & Thome. (2006). les fond d'équité: une stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé de plus en plus. *Institute of tropical medicine*, 431-452.
- OMS. (1946, Juin 22). Constitution. *Préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé :conférence internationale sur la santé*. NEW YORK.
- OMS. (1978). Declaration of Alma-Ata, International conference on primary health Care., (p. p79). Alma-Ata.

- OMS. (2008). *the world health report 2008: primary health care now more than-ever*. génève.
- ONU. (2010). *World population prospect: the 2009 revision. ONU:Organisation des Nations Unies*, 47p.
- OUSSEINI, A. K. (2012). la santé financière des dispositifs de soin face à la politique de gratuité. les comités de gestion au Niger. *Afrique contemporaine*, 65-76.
- OUSSEYNOU, Ka, MBAYE, H, FAYE, e., & A. (2016). Plan Sésame au Sénégal : limites de ce modèle de gratuité. *revue sante publique*.
- Ridde-valery. (2007). *Equité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris: Harmattan.
- RIDDE-Valery, R.-E. (2012). paiement directs des soins dans les pays à faible et moyen revenu ne font plus l'unanimité au sein de la communauté internationale.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



ANNEXES

ANNEXES

EVALUATION D'UNE POLITIQUE DE GRATUITE DES SOINS MEDICAUX POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN MILIEU RURAL : CAS DU PLAN SESAME A NIAKHAR

JUILLET 2017 - CESAG-MBA-ES

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ENQUÊTÉE

1. Etes-vous ? 1. Homme 2. Femme
NB : la réponse est obligatoire
2. Quel est votre âge ? 1. [60-69ans] 2. [70-79ans] 3. [80-89ans] 4. [90-99ans] 5. 100ans et plus
NB : la réponse est obligatoire
3. Depuis combien de temps vivez-vous dans le village ?
1. [00-09ans] 2. [10-19ans] 3. [20-29ans] 4. [30-39ans] 5. [40-49ans] 6. [50-59ans] 7. 60ans et plus
4. Quelle est votre principale activité génératrice de revenu ?
1. Aucune activité 2. Agriculture 3. Elevage 4. Commerce 5. Autre à préciser
5. Si autre, précisez
6. Avez-vous des aides financières mensuelles ?
1. Oui 2. Non
7. Combien estimez-vous les aides financières mensuelles reçues ?
1. 00fcfa 2.]00-20 000fcfa] 3.]20 000fcfa-30 000fcfa] 4.]30 000-40 000fcfa] 5.]40 000-50 000fcfa]
6.]50 000-60 000fcfa] 7.]60 000-70 000fcfa] 8. 70 000 fcfa et plus
NB : la question n'est pertinente que si aides financière = "oui"
8. Quel est votre revenu mensuel ?
1. 00fcfa 2.]00-20 000fcfa] 3.]20 000-30 000fcfa] 4.]30 000-40 000fcfa] 5.]40 000-50 000fcfa]
6.]50 000-60 000fcfa] 7.]60 000-70 000fcfa] 8. 70 000fcfa et plus
NB : la réponse est obligatoire
9. Quel est votre niveau d'instruction ?
1. Aucun 2. Ecole coranique 3. Primaire 4. Secondaire 5. Universitaire
NB : la réponse est obligatoire

CONNAISSANCE DU PLAN SESAME

10. Avez-vous une assurance maladie ?
1. Oui 2. Non
NB : la réponse est obligatoire
11. Connaissez-vous le plan Sésame ?
1. Oui 2. Non
NB : la réponse est obligatoire

12. Quels sont les avantages du plan Sésame ?

1. Gratuité des consultations médicales et des médicaments
 2. Gratuité des consultations médicales mais les médicaments payants
 3. Gratuite des médicaments mais les consultations médicales restent payants
 4. Reduction de moitié des frais de santé

NB : -une seule réponse est obligatoire

-la réponse est pertinente que si plan Sésame connu = "oui"

13. Quels sont les bénéficiaires du plan Sésame ?

1. Enfants 2. Adolescent(e)s 3. Adultes 4. Personnes âgées de 60ans et plus

NB : la question n'est pertinente que si plan Sésame connu = "oui"

14. ou s'applique le plan Sésame ?

1. Aucune idée 2. Hôpital public 3. Hôpital privé

NB : -la réponse est obligatoire

-la question n'est pertinente que si plan Sésame connu = "oui"

15. Qui paye vos frais de santé ?

1. Etat 2. Mutuel de santé 3. Assurance privée 4. Famille 5. moi-même 6. Autres à préciser

NB : la réponse est obligatoire

16. si Autres, précisez

FREQUENTATION DES POSTES DE SANTE

17. Quelle structure de santé fréquentez-vous ?

1. Poste de santé de Toucar 2. Poste de santé de Diohine 3. Poste de santé de Ngayokheme

18. Combien coûte le transport de chez vous au lieu de consultation ?

1. 00fcfa 2. 100fcfa 3. 200fcfa 4. 300fcfa 5. 400fcfa 6. 500fcfa et plus

19. Combien payez-vous pour être consulté ?

1. 00fcfa 2. 100fcfa 3. 200fcfa 4. 300fcfa 5. 400fcfa 6. 500fcfa 7. 600fcfa 8. 700fcfa

NB : la réponse est obligatoire

20. Ou prenez vous vos médicaments ?

1. Pharmacie du poste public de santé
 2. Pharmacie du poste privé
 3. Officine privée
 4. Autres à préciser

NB : la réponse est obligatoire

21. si Autres, précisez

EVALUATION DE L'EFFICACITE D'UNE POLITIQUE DE GRATUITE DES SOINS MEDICAUX POUR
LES PERSONNES AGEES EN MILIEU RURAL : CAS DU PLAN SESAME A NIAKHAR

ANNEXE 2: Nombre de consultation des personnes de 60ans et plus par an et par mois au poste de Ngayokheme

POSTE DE SANTE DE NGAYOKHEME								
MOIS/ ANNEE	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
	Nouveaux et anciens cas vus et traités							
JANVIER	34	189	70	40	59	39	16	6
FÉVRIER	65	37	80	23	50	56	50	20
MARS	50	110	92	39	67	21	93	23
AVRIL	40	52	77	43	26	36	28	16
MAI	21	147	117	35	43	50	30	62
JUIN	10	63	40	141	18	46	30	10
JUILLET	60	37	40	68	36	29	21	20
AOÛT	67	30	84	58	69	70	16	27
SEPTEMBRE	69	100	80	34	70	62	82	32
OCTOBRE	75	42	23	49	30	102	70	70
NOVEMBRE	48	40	30	49	52	42	29	47
DÉCEMBRE	42	40	78	145	27	57	62	58
TOTAUX	581	887	811	724	547	610	527	391

Source : rapport global du poste / registre de consultation

EVALUATION DE L'EFFICACITE D'UNE POLITIQUE DE GRATUITE DES SOINS MEDICAUX POUR
LES PERSONNES AGEES EN MILIEU RURAL : CAS DU PLAN SESAME A NIAKHAR

ANNEXE 3: Nombre de consultation des personnes de 60ans et plus par an et par mois au poste de Toucar

POSTE DE SANTE DE TOUCAR

MOIS/ ANNEE	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
	Nouveaux et anciens cas vus et traités							
JANVIER	51	21	30	81	40	48	15	6
FÉVRIER	70	16	33	35	28	56	26	17
MARS	52	46	34	33	26	54	22	13
AVRIL	48	28	27	41	21	24	57	48
MAI	63	52	29	40	32	37	19	21
JUIN	71	58	39	31	25	29	33	13
JUILLET	104	75	49	67	36	31	16	17
AOÛT	117	74	35	41	49	29	32	22
SEPTEMBRE	86	126	30	41	66	47	40	13
OCTOBRE	72	60	38	40	105	40	28	25
NOVEMBRE	60	46	23	50	67	36	48	24
DÉCEMBRE	84	77	28	43	46	37	57	4
TOTAUX	878	679	395	543	541	468	393	223

Source : Rapport global du poste

**EVALUATION DE L'EFFICACITE D'UNE POLITIQUE DE GRATUITE DES SOINS MEDICAUX POUR
LES PERSONNES AGEES EN MILIEU RURAL : CAS DU PLAN SESAME A NIAKHAR**

ANNEXE 4 : Nombre de consultation des personnes âgées de 60ans et plus par an et par mois au poste public de Diohine

POSTE PUBLIC DE SANTE DE DIOHINE		
MOIS/ANNEE	2016	2015
	Nouveaux et anciens cas vus et traités	Nouveaux et anciens cas vus et traités
JANVIER	13	
FÉVRIER	33	
MARS	18	
AVRIL	8	
MAI	6	
JUIN	11	
JUILLET	5	
AOÛT	10	
SEPTEMBRE	24	
OCTOBRE	18	
NOVEMBRE	28	23
DÉCEMBRE	16	10
TOTAUX	190	33

Source : rapport global du poste