



**Centre Africain D'Etudes Supérieures en Gestion**

**DEPARTEMENT SANTE**



**MEMOIRE DE FIN DE CYCLE  
POUR L'OBTENTION DU MBA ES  
19<sup>eme</sup> PROMOTION  
Année Académique : 2016-2017**

**THEME**

**ANALYSE DES EFFETS DU RETARD DE  
REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS LIEES A LA  
GRATUITE DES SOINS DES ENFANTS DE MOINS DE  
5 ANS SUR LE FONCTIONNEMENT DES  
STRUCTURES DE SANTE : CAS DU DISTRICT  
SANITAIRE CENTRE DE DAKAR**

**PRESENTE PAR :**

Martial Kacou Blin ASSAMOI

**SOUS LA DIRECTION DE :**

Dr Mansoum NDIAYE  
Enseignant chercheur au CESAG

**Avril 2018**

## DEDICACES

**A DIEU,**

Merci au Seigneur tout puissant créateur de l'univers, Je te dédie ce travail qui n'est autre que le fruit de ton œuvre. Merci pour mon séjour dans ce pays. A toi la Gloire.

**A MON PERE,**

**KACOU BLIN Assamoi**, bien que tu sois parti tôt, tu veilles sur tes enfants. Merci pour ton soutien depuis l'au-delà et que notre DIEU t'accorde toujours le repos éternel auprès de lui.

**A MA MERE,**

**AMANLAMAN N'Gnankon**, ce travail est le fruit de tes prières et affection à mon égard. Chère Maman, sois en sûr ton fils sera à la hauteur de tes espérances. Je ne cesserai d'invoquer la miséricorde de DIEU sur ta vie pour que tu restes encore auprès de tes progénitures.

**A MON FRERE,**

**Dr Pascal Boitrin ASSAMOI**, très cher Aîné, c'est avec beaucoup d'émotion et de reconnaissance que je te dédie cette œuvre. En effet les mots ne seront pas suffisants pour te dire merci. Seul DIEU saura te rendre le bien que tu m'as fait. Qu'il bénisse ta famille et fructifie toutes tes initiatives.

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de :

Ma famille, au sens large du terme. Merci pour vos prières et soutien tant financiers, matériels que moral.

Mes frères Hyacinthe ASSAMOI et Cendres ASSAMOI. Merci chers Aînés pour vos conseils et soutien sans faille.

Mon encadreur M. Mansoum NDIAYE. Cher Monsieur, merci pour votre disponibilité et votre rigueur dans le travail.

La Direction du CESAG. Je ne cesserai de vous remercier pour toute la logistique et l'attention accordée le long de ce parcours, merci cher Directeur El Hadj GUEYE, Chef de Département CESAG SANTE.

Corps enseignant. Chers maîtres, merci pour votre disponibilité malgré vos différents agendas chargés. Que DIEU vous aide dans vos différentes charges.

Mes tuteurs, M. et Mme Aboli YAO. Cher tuteurs, vous avez été pour moi des parents, votre soutien sans faille à mon égard dans les moments de difficulté comme dans les moments de joie m'ont été d'un appui inestimable dans la réalisation de cette œuvre. DIEU seul sait vos besoins et il vous les accordera.

Mon amie Marie Wolon KOUADIO. Chère amie, ce travail est aussi l'œuvre de ton soutien et tes conseils. Que DIEU te bénisse.

Mes aînés Marina YO, Morris KOUAME, Jean Luc NAMOU. Je vous remercie pour vos conseils en tant que devanciers. Ce travail est le vôtre.

Mes collègues de classe et de promotion. Ce fut une belle expérience de partager une partie de vos vies et connaissances. Merci pour votre sens du partage dans l'apprentissage.

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Les différents échelons de la pyramide sanitaire.....	12
Tableau 2: Données démographique du district centre de la RM Dakar.....	17
Tableau 3: Les structures sanitaires composants le district centre de la RM Dakar .....	18
Tableau 4: Ressources humaines.....	19
Tableau 5: Personnel .....	19
Tableau 6: Contenu du paquet de soins.....	36
Tableau 7: Aperçu du délai de remboursement.....	41
Tableau 8: Dépenses et recettes des structures.....	44
Tableau 9: Proportion de la charge des médicaments dans les dépenses.....	46
Tableau 10: Liste des médicaments en rupture .....	47
Tableau 11: Liste des produits pédiatriques .....	48

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Pyramide sanitaire .....	12
Figure 2 : Carte de la région médicale de Dakar .....	15
Figure 3 : Cartographie du district centre de la RM de Dakar .....	20
Figure 4 : Cartographie des structures composant le district centre.....	20
Figure 5 : Organigramme du district centre de la RM Dakar.....	21
Figure 6 : Circuit de remboursement.....	41
Figure 7 : Circuit d’approvisionnement en médicament.....	46

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Délai de transmission et délai de remboursement.....	42
Graphique 2 : Dépenses et recettes avant et après les gratuités de soins .....	44
Graphique 3 : Délai de rupture des produits pédiatriques .....	48
Graphique 4 : Proportion des charges des médicaments dans les dépense .....	50

## LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire d'enquête.....	63
Annexe 2 : Situation globale des PEC au niveau poste santé .....	64
Annexe 3: Situation globale des PEC des enfants de moins de 5 ans au niveau District .....	64
Annexe 4: Situation globale des PEC des enfants de moins de 5 ans au niveau régional .....	65
Annexe 5: Décharge de paiement CMU.....	66
Annexe 6 : Bilan mensuel .....	70
Annexe 7: Bon de livraison en médicament par vague .....	71
Annexe 8: Situation globale de prise en charge des enfants de moins de 5 ans.....	75

## SIGLES ET ABREVIATIONS

**ACMU** : Agence de la Couverture Maladie Universelle

**ACT** : Combinaison Thérapeutique à base de dérivé d'Artémésinine

**ARV** : Antirétroviraux

**BM** : Banque Mondiale

**CaS** : Case de Santé

**CCM** : Cellule de Contrôle Médicale

**CHN** : Centre Hospitalier National

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CMU** : Couverture Maladie Universelle

**CS** : Centre de Santé

**CSI** : Centre de Santé Intégrée

**DAME** : Direction de l'Assistance Médicale

**DRH** : Direction des Ressources Humaines

**EDS** : Enquête Démographique de la Santé

**FARPAS** : Associations des Retraités et Personnes Agées du Sénégal

**FMI** : Fonds Monétaire International

**HR** : Hôpital Régional

**IB**: Initiative de Bamako

**ICP** : Infirmier Chef de Poste

**LNCM** : Laboratoire National de Contrôle des Médicaments

**LNME** : Liste Nationale des Médicaments Essentiels

**MCD** : Médecin Chef de District

**MEG** : Médicaments Essentiels Génériques

**MSAS** : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

**MTA** : Médicaments Traditionnels Améliorés

**ODD** : Objectifs de Développement Durable

**OMD** : Objectif du Millénaire pour le Développement

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**PAS** : Plan d'Ajustement Structurel

**PEC** : Prise En Charge

**PNA** : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire

**PRA** : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

**PGAC** : Politique de Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne

**PS** : Poste de Santé

**PSE**: Plan Sénégal Emergent

**PTF** : Partenaires Techniques et Financiers

**RM** : Région Médicale

**VIIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## SOMMAIRE

<b>DEDICACES .....</b>	<b>I</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>II</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>III</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>IV</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>VI</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE .....</b>	<b>7</b>
<b>CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L'ETUDE.....</b>	<b>8</b>
I.    PRESENTATION DU SENEGAL.....	8
II.   PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE .....	14
<b>CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>22</b>
I.    CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE ET REVUE DE LA LITTERATURE.....	22
II.   METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	31
<b>DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE .....</b>	<b>34</b>
<b>CHAPITRE I : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS .....</b>	<b>35</b>
I.    PRESENTATION DES RESULTATS.....	35
II.   ANALYSE DES RESULTATS.....	49
<b>CHAPITRE II : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>52</b>
I.    DISCUSSION.....	52
II.   RECOMMANDATIONS .....	54
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>58</b>
<b>WEBOGRAPHIE.....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>62</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>78</b>

## INTRODUCTION GENERALE

La crise financière des années 1980 a détérioré gravement la situation économique de la plupart des pays en voie de développement et a entraîné une réduction de la part de leur budget alloué à la santé. Face à l'insuffisance de ressources financières, l'instauration du recouvrement des coûts a été proposée à ces pays en 1985(Cissé et al. 2004) et exigée par la Banque Mondiale en 1987<sup>1</sup> pour leur permettre de disposer de ressources additionnelles pour financer les activités sanitaires. Cette politique de tarification des prestations des services de santé a été également préconisée par l'Initiative de Bamako, avec la particularité que les recettes générées devraient servir principalement à améliorer la qualité des services offerts. Toutefois, l'expérience a montré que la participation financière imposée aux patients a entravé l'accès aux soins des populations vulnérables comme les femmes et les enfants (Nanda, 2002) ou les indigents (Stierle, Kaddar et al, 1999). Ces derniers sont notamment caractérisés par une exclusion permanente des services de santé<sup>2</sup>.

Depuis lors, plusieurs controverses sont apparues autour de l'impact de ces systèmes de recouvrement des coûts sur l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé.<sup>3</sup>

De ce fait, le bilan de l'Initiative de Bamako est mitigé. D'un côté, les médicaments sont devenus partout disponibles dans les nombreux centres de santé construits. Mais, de l'autre côté, les soins sont restés financièrement inaccessibles pour les populations les plus vulnérables (Ridde, 2012) et l'accès aux soins reste très insatisfaisant : rares sont les pays où les taux de consultations curatives dépassent 0,5 consultation par an et par personne.<sup>4</sup> En effet, le paiement direct imposé dans le cadre de l'Initiative de Bamako a réduit l'accès aux soins pour les plus démunis et les plus vulnérables<sup>5</sup>.

Les politiques d'exemption de paiement (dite « de gratuité des soins »), qui ont été préconisées par de nombreux experts et ONG internationales depuis une dizaine d'années, et ont été reprises à leur compte par d'importantes institutions d'aide au développement (Banque mondiale, DFID,

---

<sup>1</sup> Cissé B., Luchini S., Moatti J-P., volume 18, n°4, 2004. pp. 111-149.

<sup>2</sup> Samb O. et Ridde V., 2012/3 n° 243, p. 33-48.

<sup>3</sup> Audibert M. et al, Karthala 2003, p 41.

<sup>4</sup> De Sardan JP., Ridde V. 2012/3 (n° 243), p. 11-32.



etc.<sup>6</sup>), reposent sur le constat d'un échec du recouvrement des coûts (Initiative de Bamako) en ce qui concerne la prise en charge des patients démunis, du fait de l'absence de mesures d'aides ou d'accès gratuit en leur faveur<sup>7</sup>. Ainsi, si le terme « gratuité » est largement utilisé par les acteurs, mais c'est « exemption de paiement » qui est l'expression techniquement appropriée<sup>8</sup>.

A priori, afin de remédier aux difficultés financières et de permettre un meilleur accès aux soins pour ces populations, trois solutions principales sont envisageables, et ont été largement débattues, à propos des aspects sociaux des politiques publiques:

- Des politiques de gratuité individuelle ciblée en direction des familles les plus pauvres « indigents » ;
- Des politiques de gratuité collective ciblée sur l'âge et le sexe (femmes et enfants étant alors prioritaires en tant que catégories vulnérables);
- Des politiques de gratuité sectorielle ciblée sur des pathologies, pour des raisons de santé publique, mais aussi parce que celles-ci frapperaient en particulier des catégories vulnérables.

En fait, ce sont surtout des politiques de gratuité collective ciblée sur l'âge et le sexe (enfants de moins de 5 ans, consultations prénatales, césariennes, ou accouchements) et des politiques de gratuité sectorielle ciblée sur des pathologies (VIH-SIDA et PTME) qui ont été développées ces dernières années dans divers pays d'Afrique<sup>9</sup>, et en particulier au Sénégal.

Il repose sur le postulat que dans un contexte de rareté des ressources, les moyens doivent être concentrés sur les plus nécessiteux et les plus vulnérables plutôt que sur l'ensemble de la population<sup>10</sup>.

Selon le rapport final UNICEF Décembre 2012, la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile demeurent un problème majeur de santé publique dans plusieurs pays en voie de développement dont le Sénégal. Ces dernières années, des stratégies et

---

<sup>6</sup> Cf. L'engagement des agences des Nations Unies dans le document « The Global Campaign for the Health Millenium Development Goals. Leading by Example – Protecting the most vulnerable during the economic crisis” (2009).

<sup>7</sup> Ridde V., 2007.

<sup>8</sup> De Sardan JP., Ridde V. 2012/3 (n° 243), p. 11-32.

<sup>9</sup> De Sardan J. P., Ridde V., Diarra A., *et al.*, 2010.

<sup>10</sup>

[https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11925/Samb\\_Oumar\\_2014\\_These.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11925/Samb_Oumar_2014_These.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

initiatives internationales et nationales ont été lancées en vue d'intensifier et de mieux coordonner les efforts pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4, 5 et 6 liés à la santé.

L'Union Africaine et les agences des Nations Unies réclament que les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes soient exemptés du paiement des soins au point de service<sup>11</sup>. Car cette modalité de paiement impose une barrière financière à l'accès aux soins que les plus vulnérables ne peuvent surmonter.

Dans son rapport annuel de 2008, l'OMS affirme qu'il faut résister à la tentation de dépendre du paiement direct. Les membres de la commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que ceux de la conférence sur les soins de santé primaires de Ouagadougou en 2008, ont réaffirmé le besoin de rendre l'accès aux systèmes de santé plus équitable. Après quelques décennies d'imposition et de mise en place du paiement direct, les données probantes sont claires sur ses effets néfastes concernant l'équité d'accès aux soins. La communauté internationale doit maintenant pouvoir s'engager à soutenir les États qui souhaitent s'orienter dans cette direction tout en n'omettant pas de documenter ces processus afin de produire des connaissances utiles à la formulation de politiques publiques équitables<sup>12</sup>.

De plus en plus de voix s'élèvent en faveur d'une couverture universelle permettant à tous un accès équitable aux soins de santé modernes sans barrière financière.<sup>13</sup>

Au Sénégal, la priorité accordée à l'accessibilité à des services de santé de qualité s'est manifestée avec les gouvernements qui se sont succédé ces dernières décennies par la mise en œuvre de plusieurs programmes.

Le Sénégal a compris très tôt l'importance du secteur de la santé dans l'activité économique et réaffirme cette volonté par la ratification des textes internationaux tels que la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la charte de l'OUA et la Convention des Droits de l'enfant mais aussi par les articles 8 et 17 de la constitution sénégalaise qui garantit le droit à la santé.

---

<sup>11</sup> <https://factsreports.revues.org/1758>

<sup>12</sup> Ridde V. et Blanchet K., 2009, vol. 19, no 2, p. 101-106.

<sup>13</sup> Rapport OMS 2010

Cette volonté s'est matérialisée par la mise en œuvre d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009/2018 dont l'une des orientations stratégiques est le renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.<sup>14</sup>

Dans ce sillage plusieurs initiatives pour atteindre la couverture maladie universelle ont vu le jour, notamment l'exemption de paiement pour les soins concernant les enfants de moins de 5 ans.

L'adoption en octobre 2013, de la gratuité de soins pour les enfants de 0 à 5 ans, s'est concrétisée à travers la note de service N° 00004/MSAS/DGS/SP du 02 janvier 2014 relative à la gratuité de la prise en charge des enfants de moins de cinq ans.

La lettre circulaire N° 02779/MSAS/DGS/DSRSE du 13 mars 2014 relative à la tarification forfaitaire de la prise en charge gratuite des enfants de moins de cinq ans a confirmé la volonté des gouvernants.

L'initiative pour la gratuité de soins de santé du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq (05) ans s'inscrit dans la volonté du Président de la République de faire de la Couverture Maladie Universelle (CMU) une réalité au Sénégal.

Par ailleurs, le but de l'initiative pour la gratuité de soins du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq (05) ans est de contribuer à l'atteinte des ODD (cible 3).

Les enquêtes ont fait apparaître divers goulots d'étranglement dans la mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans<sup>15</sup>. On peut noter : le dysfonctionnement institutionnel, le retard dans le remboursement des prestations fournies, la mauvaise qualité des prestations, le clientélisme dans les centres de soins, etc.<sup>16</sup>

Pourtant l'exemption de paiement consistait à fournir les prestations à la population cible que sont les enfants de moins de 5 ans sans contribution financière de leur part. Une structure tierce non commerciale et indépendante se substitue en tiers payants pour la prise en charge des prestations.

---

<sup>14</sup> Manuel de procédures de gestion des initiatives de gratuité au Sénégal– juin 2017

<sup>15</sup> De Sardan O. J-P., Ridde V. Diarra A., Ousseini A. 2010

<sup>16</sup> Doumbouya L. M., Working paper n° 2008-2 Janvier 2008

Si beaucoup d'études ont été menées sur les processus de mise en œuvre de ces politiques ainsi que ses effets sur l'utilisation des services par les populations, peu d'entre elles se sont intéressées à l'impact financier de cette politique sur le fonctionnement des formations sanitaires<sup>17</sup>.

Dans le cas du Niger par exemple le nouveau dispositif a privé d'un coup les formations sanitaires de premier niveau (CSI)<sup>18</sup> d'une partie importante de leurs ressources. En effet, les consultations pour les enfants de moins de 5 ans représentaient en 2007, 60% du total des consultations à l'échelle nationale<sup>19</sup>.

Comment comprendre alors qu'une telle part de prestations soit effectuée à l'avance et que le remboursement soit fait en retard ou pas du tout fait pour non-conformité de certaines factures. Tout en sachant que les structures de santé sont composées de plusieurs types de travailleurs, ce qui implique des charges internes à celles-ci.

Quels sont les effets du retard du paiement des prestations liées à la gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans sur le fonctionnement des centres de santé ? et qu'en sera-t-il de l'approvisionnement en médicaments?

De cette question principale, nous sommes amenés à ressortir ces sous-questions qui nous permettrons de mieux asseoir notre étude. Il s'agit en effet de savoir :

- Quelle est la procédure de remboursement des prestations fournies ?
- Quelles sont les difficultés financières auxquelles les structures sanitaires sont confrontées ?
- Le retard dans le remboursement a-t-il des effets sur l'approvisionnement en médicaments ? Comment influe-t-il ?

Pour mieux cerner notre objectif principal qui consiste en l'analyse des effets du retard du paiement des prestations liées à la gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans sur le fonctionnement des centres de santé, nous serons conduits à aborder les objectifs spécifiques ci-dessous.

---

<sup>17</sup> Morestin F. & Ridde V. (2009).

<sup>18</sup> CSI : centre de santé intégrée (anciennement dispensaires) ; les prestations y sont effectuées par des infirmiers, et parfois des sages-femmes.

<sup>19</sup> De Sardan O. J-P., Ridde V. Diarra A., Ousseini A. 2010

Ainsi, va-t-il falloir :

- Déterminer la procédure de remboursement des prestations fournies.
- Analyser les difficultés financières auxquelles les structures sanitaires sont confrontées
- Apprécier l'effet de ce retard sur l'approvisionnement en médicaments

A partir de ces objectifs, cette étude visera donc à vérifier notre Hypothèse générale qui se définit comme suit : le retard de remboursement des frais liés à la prise en charge gratuite des enfants de moins de moins de 5 ans causent d'énormes difficultés au structures de santé.

De cette hypothèse, il découle les sous-hypothèses suivantes :

- Les procédures de remboursement sont longues ;
- Les structures de santé sont confrontées à de sérieuses difficultés financières ;
- Le retard dans le remboursement occasionne des ruptures en médicaments.

Pour mener à bien notre travail, nous proposerons une étude en deux partie avec chacune deux chapitres.

Ainsi, la première partie sera consacrée au contexte général de l'étude. Cette partie comprendra deux chapitres. Au chapitre I, on aura le cadre général de l'étude et au chapitre II, le cadre conceptuel et méthodologique.

En deuxième partie, nous aurons à aborder le cadre pratique. En effet, cette partie sera traitée tout comme la précédente, en deux chapitres. Le chapitre I traitera de la présentation des résultats et leur analyse. La discussion et les recommandations seront traitées au chapitre II.

**PREMIERE PARTIE : CONTEXTE GENERAL DE  
L'ETUDE**

## CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous présenterons brièvement le Sénégal, le pays concerné par l'étude. Par la suite, nous aborderons le cadre pratique même de l'étude, le District sanitaire centre de la région médicale de Dakar.

### I. PRESENTATION DU SENEGAL

Nous allons dans un bref aperçu présenter le pays qui sert de cadre général à notre étude. Ainsi, présenterons-nous les aspects généraux liés au Sénégal pour aborder les données sanitaires en passant par le système de santé.

#### I.1. Aspect général

La République du Sénégal est située en Afrique Occidentale, comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. Sa superficie est de 196 722 km<sup>2</sup>. Elle est limitée au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. A l'Ouest, le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côte. Sa pointe Ouest est la plus occidentale de toute l'Afrique continentale. La Gambie, qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédhiou et de Kolda au Sud. Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. A l'instar des autres pays du Sahel, le Sénégal est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies<sup>20</sup>.

##### I.1.1. Population

Au 29 Décembre 2017, la population du Sénégal est estimée à 16 323 699 habitants, soit une densité moyenne de 83 habitants au km<sup>2</sup>. Le Sénégal a l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire estimé à 45,2% en 2013<sup>21</sup>. Le sexe ratio est de 49,6 pour le sexe masculin et de 50,4 pour le sexe féminin. L'âge moyen au Sénégal est de 18 ans, ce qui caractérise la jeunesse de sa population. La région de Dakar abrite 22,4% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. Le taux de croissance annuel de la population estimé à 2,5% reste élevé du fait d'une fécondité encore élevée. En effet, l'indice synthétique

---

<sup>20</sup> PNDS2009-2018 Sénégal

<sup>21</sup> <http://www.ansd.sn/ressources/RGPHAE-2013/ressources/doc/pdf/8.pdf>

de fécondité estimé à 5 enfants par femme est beaucoup plus élevé en milieu rural (6 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4 enfants par femme). L'espérance de vie est de 59,8 ans en moyenne, soit 57,9 chez les hommes et de 61,8 chez les femmes<sup>22</sup>.

### **I.1.2. Économie**

A l'instar des années précédentes, l'environnement économique international en 2014 est marqué par une morosité. Globalement, la croissance économique est ressortie à 3,4% en 2014 après un taux de 3,3% enregistré en 2013. En revanche, l'économie africaine s'est bien tenue avec un accroissement de 3,9% en 2014 contre 3,5% l'année précédente à la faveur du dynamisme noté dans les pays de l'Afrique de l'Ouest. Au Sénégal, la croissance économique, mesurée par le PIB réel, s'est établie à 4,3%, en hausse de 0,8 point par rapport à son niveau de 2013<sup>23</sup>.

L'économie du Sénégal continue de faire face à diverses contraintes parmi lesquelles on peut citer un environnement des affaires peu attractif et la dépendance de la production agricole à la pluviométrie<sup>24</sup>.

Dans ce cadre, des politiques sectorielles vigoureuses, tels que la fourniture de services sociaux (éducation, santé, accès à l'eau, assainissement, etc.), le programme de réforme des finances publiques, la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA), la Grande Offensive Agricole pour la Nourriture et l'Abondance (GOANA), etc. sont progressivement mises en place en vue de relever significativement les performances socio-économiques et placer le pays sur un sentier de développement humain durable. Il importe de noter, à cet effet, une politique d'amélioration de la gestion des finances publiques grâce à une affectation stratégique des ressources et une transparence dans l'exécution des dépenses publiques et une effectivité des contrôles interne et externe.

Le Sénégal a décidé d'adopter un nouveau modèle de développement pour accélérer sa marche vers l'émergence. Cette stratégie, dénommée Plan Sénégal Émergent (PSE), constitue le référentiel de la politique économique et sociale sur le moyen et le long terme.

---

<sup>22</sup> <http://countrymeters.info/en/Senegal/>

<sup>23</sup> [http://www.ansd.sn/ressources/ses/SES\\_2014-fin.pdf](http://www.ansd.sn/ressources/ses/SES_2014-fin.pdf)

<sup>24</sup> PNDS2009-2018 Sénégal



## **I.2. Système de santé et Politique de santé**

### **I.2.1. Système de santé**

Le système de santé du Sénégal est constitué de 5 composantes auxquelles il faut ajouter l'organisation.

En ce qui concerne les composantes nous avons :

Premièrement, nous avons les ressources humaines. Le développement des ressources humaines du secteur a nécessité l'élaboration en 1996, d'un plan national de formation du personnel de santé. Ce plan a été renforcé en 2002 par l'ouverture des Centres Régionaux de Formation, la création en 2003 de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation. Malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs, les indicateurs de couverture en personnel montrent qu'on est encore très loin des normes déjà proposées dans le PNDS 1998-2007.

Deuxièmement, les infrastructures équipements et maintenance. Lors de l'élaboration de la carte sanitaire (2009-2013), des normes d'implantation d'infrastructures sanitaires et en matière de dotation en personnel ont été créées. Elles avaient permis l'estimation des besoins en infrastructures sanitaires et en ressources humaines. S'agissant des normes démographiques de base, elles ont été ajustées. De 150000 habitants, la norme du centre de santé est passée à 116519 habitants en moyenne. Celle du poste de santé urbain (PSU) est passée de 10000 habitants à 7714. Les 5000 habitants pour le poste de santé rural sont passés à 3871 habitants<sup>25</sup>. Mais le constat est en deçà des estimations prévues. Le ratio poste de santé/ habitants qui était de 1 PS/10851 habitants en 2011 est passé à 1 PS / 10495 habitants en 2016. Même si l'offre en médicament a connu une augmentation, en passant de 77% en 2015 à 82% en 2016, cela reste bas comparativement à l'objectif de 87% prévue<sup>26</sup>.

Troisièmement les Médicaments et produits médicochirurgicaux. Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 1998-2007, des réformes du secteur pharmaceutique ont été entreprises pour assurer l'accès de tous aux médicaments essentiels de qualité et à moindre coût. L'évaluation récente du système mis en place a révélé, entre autres, une faiblesse dans la disponibilité des

---

<sup>25</sup> Carte sanitaire de Sénégal mise à jour en 2011

<sup>26</sup> Rapport de performance 2015, MSAS

médicaments avec des problèmes d'accessibilité pour les populations vulnérables ou démunies et sans couverture sociale.

Au cours du PNDS 1998-2007, des mesures ont été prises : l'érection de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) en EPS, le renforcement du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM), la formation de pharmaciens inspecteurs, l'homologation des prix des médicaments et produits médico-chirurgicaux, l'introduction de Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA), la lutte contre le marché illicite des médicaments et l'élaboration d'une politique nationale pharmaceutique.

Quatrièmement, les ressources financières. Le financement dans le secteur de la santé provient essentiellement de l'Etat, des partenaires au développement, des populations et des collectivités locales. L'Etat a été le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS, avec un apport de 475,96 milliards de FCFA, représentant 51% de du financement. Il est suivi par les partenaires extérieurs avec un apport au financement de 249,52 milliards de FCFA, représentant 26,7%. Viennent ensuite les populations et les Collectivités Locales pour respectivement 19,3% et 3%. Pour le cas particulier, des collectivités locales, les contributions financières ont été très en deçà des prévisions pour l'ensemble des deux phases. Le gap a été en partie résorbé par l'Etat et les populations. À titre illustratif, les comptes nationaux de la santé ont mis en évidence l'importance du secteur privé dans la formation de la Dépense nationale de santé (DNS). Pour l'année 2005, ces comptes évaluent cette contribution à 109,42 milliards sur un total de 254,20 milliards FCFA soit 43% de la DNS. Dans la participation du privé, les ménages occupent, de loin, la première place avec 87%.

Et enfin, cinquièmement le système d'information. Le système d'information sanitaire à des fins de gestion (SIG) est en cours de reconstruction. Parmi les acquis, on peut noter : la standardisation des outils et l'harmonisation des procédures de collecte des données au niveau des districts, l'informatisation du Système d'information sanitaire (SIS) initiée dans le cadre du PNDS 1998-2007 à travers le logiciel « Application Santé », la création en 2004 du Service National de l'Information Sanitaire (SNIS).

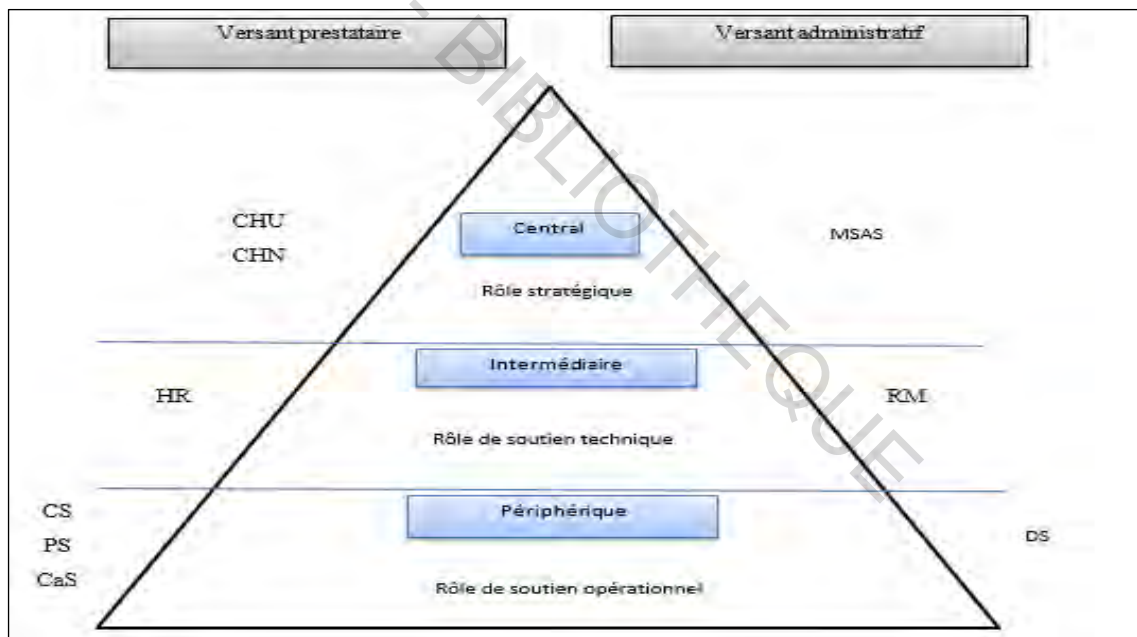
Concernant l'organisation système de santé du Sénégal, elle est structurée de façon pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire constitué par les Régions Médicales et périphérique appelé district sanitaire.

**Tableau 1: Les différents échelons de la pyramide sanitaire**

Niveaux	Administration	Infrastructure sanitaire
<b>Central</b>	<b>Ministère de la santé :</b> <i>Rôle de soutien stratégique :</i> Élaboration, mise en œuvre et évaluation des politiques et stratégies	CHU, CHN
<b>Intermédiaire</b>	<b>Région médicale :</b> <i>Rôle de soutien technique :</i> Surveillance de la mise en œuvre des politiques et stratégies	HR
<b>Opérationnel</b>	<b>District sanitaire :</b> <i>Rôle de soutien opérationnel :</i> coordination de la mise en œuvre des activités et supervision des agents	CS, PS, CaS

**Source :** PNDS Sénégal 2009-2018

**Figure 1 : Pyramide sanitaire**



**Source :** l'auteur

### I.2.2. 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 les Collectivités publiques 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 général et à

celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ». La politique de santé 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 (OMD). 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 et de la gouvernance sanitaire locale ;
- La promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- La protection des groupes vulnérables ;
- Le renforcement du partenariat public-privé ;
- La promotion de la multisectorialité ;
- L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- La culture de la gestion axée sur les résultats.

### **I.3. Données sanitaires**

Les données sanitaires se résument en termes de morbidité mais aussi de mortalité.

#### **I.3.1. Morbidité**

La morbidité peut être définie comme étant toute déviation par rapport à l'état de bonne santé. La morbidité peut s'exprimer en termes de personnes malades et /ou d'épisodes de maladies. Les articles relevant de la morbidité s'attardent le plus souvent sur les défis de la santé au Sénégal, il s'agit du VIH/ SIDA, du Paludisme, et la Tuberculose.

En ce qui concerne le paludisme, il reste toujours endémique au Sénégal. Selon le rapport du CDSMT 2013, l'incidence palustre calculée à partir des données de routine passe de 14‰ à 27‰ entre 2009 et 2013. En outre, l'examen du tableau 4.9 montre que le taux de prévalence national du paludisme est de 2,8% en 2013. Il était de 5,9% en 2008, soit une baisse de 3,1 de point de pourcentage en 5 ans. Quant au taux de létalité hospitalière, il est 3,9%, alors que la cible était fixée à un niveau plus bas à 2,4% (source : base RBMME PNLN).

Les interventions menées dans le cadre de la lutte contre la tuberculose ont permis d'améliorer les performances du programme. Le taux de succès du traitement est passé de 85% en 2012 à 87% en 2013 et la réduction du taux des perdus de vue de 7% en 2012 à 6% en 2013. Le taux

de détection de cas de tuberculoses toutes formes confondues est passé de 58% en 2012 à 70% en 2013.

La cible pour l'indicateur Nombre de PVVIH mises sous ARV est de 25 285 pour un résultat de 13 746 loin de la cible. Il faut préciser que les cibles ont été fixées par l'ONU sida en se basant sur les besoins d'ARV avec des projections pour tous les pays. Le nombre de personnes ayant bénéficié du dépistage du VIH au cours de l'année avait comme objectif 762 067 cas pour un résultat de 750 233. Ce résultat est proche de la cible et le dépistage est élargi à toutes les tranches d'âge. S'agissant du pourcentage de personnes dépistées du VIH et ayant reçu le résultat, il y avait une cible en 2013 de 90 % pour un résultat de 97,64 %.

### **I.3.2. Mortalité**

Le taux brut de mortalité est estimé à 7,7‰ au Sénégal. Il révèle ainsi que sur 1000 individus, en moyenne 8 décèdent annuellement. Alors que globalement, le niveau de mortalité diminue, des inégalités persistent selon le milieu de résidence. La comparaison des taux bruts de mortalité (après standardisation) entre le milieu urbain et le milieu rural montre que le risque de décès demeure plus élevé en zone rurale (8,9‰) qu'en zone urbaine (6,3‰). Les pesanteurs socioculturelles et l'accessibilité financière et géographique des structures sanitaires pourraient constituer un élément d'explication de cette disparité<sup>27</sup>.

En ce qui concerne la mortalité infantile, de 142‰ en 1990, elle est passée à 60‰ en 2012<sup>28</sup>. La dernière évaluation des révèle que le taux de mortalité est de 50‰ en 2015.<sup>29</sup>

## **II. PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE**

Il va s'agir d'évoquer le cadre opérationnel de notre étude. Contrairement au titre précédent, nous aborderons le district centre de région médicale de Dakar mais d'abord en faisant une incursion dans le la région médicale de Dakar elle-même.

---

<sup>27</sup> <http://www.ansd.sn/ressources/publications/7-%20mortalite.pdf> consulté le 05 janvier 2017

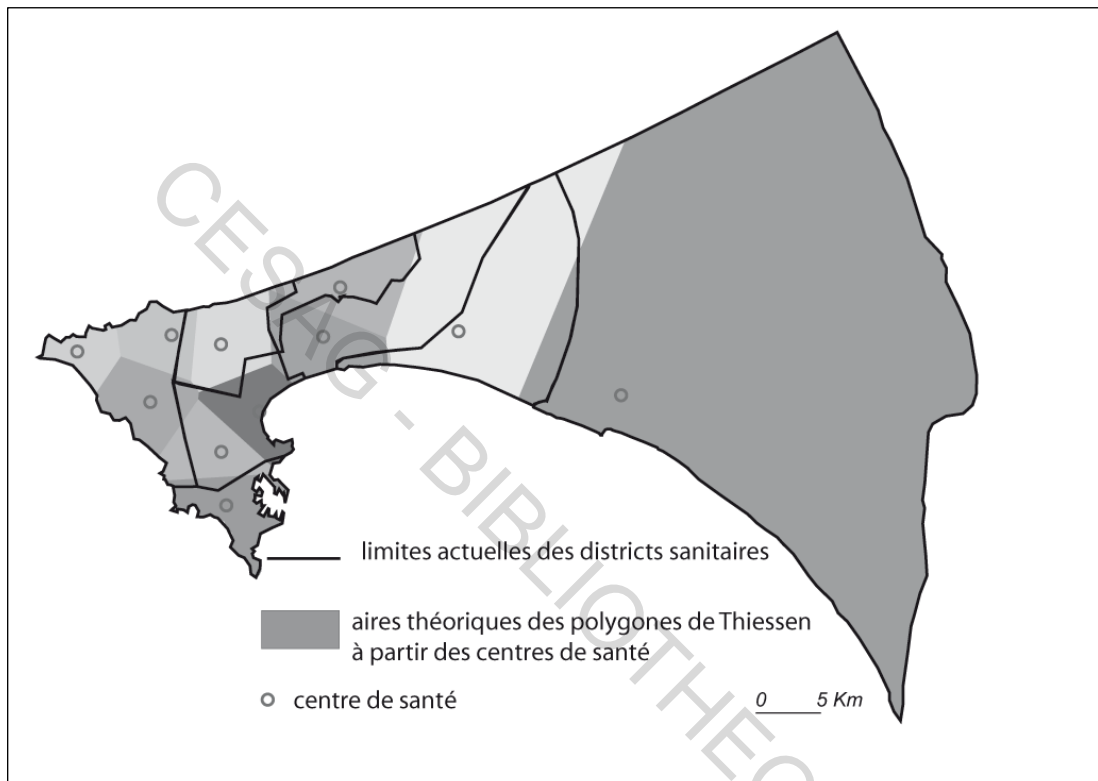
<sup>28</sup> [https://www.unicef.org/french/infobycountry/senegal\\_statistics.html](https://www.unicef.org/french/infobycountry/senegal_statistics.html) consulté le 11 janvier 2018

<sup>29</sup> [https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/goal4\\_fr.pdf](https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/goal4_fr.pdf) consulté le 11 janvier 2018

## II.1. Région médicale (RM) de Dakar

Comparativement aux autres régions, Dakar est la région la mieux dotée en infrastructures sanitaires. Elle est subdivisée en 10 districts dont 4 dans le département de Dakar, 1 dans celui de Guédiawaye, 3 dans celui de Pikine et 2 dans celui de Rufisque<sup>30</sup>.

**Figure 2 : Carte de la région médicale de Dakar**



**Source** : <https://www.google.sn/search?q=la+direction+du+district+sanitaire+centre+de+dakar>

## II.2. District sanitaire centre de Dakar

Situé au quartier Amitié 2, le centre de santé Gaspard Kamara est le centre de référence du district sanitaire centre de Dakar. Le District Sanitaire Centre fait partie des 10 Districts Sanitaires de la Région Médicale. Il est situé au centre de Dakar avec une superficie de 28 km<sup>2</sup>. Il est limité à l'Est par l'Océan Atlantique et le District de Pikine, à l'Ouest par le District Ouest ; au Nord par le District Nord et au Sud par le District Sud.

Le District Centre rassemble les sept communes suivantes : Fann-Point E-Amitié, Grand Dakar, Biscuiterie, Liberté, HLM, Hann Bel Air, Dieuppeul-Derklé.

<sup>30</sup> Service Régional de la Statistique et de la Démographie de Dakar

Il dépend de la Préfecture de Dakar. Les deux sous-préfectures de plateau et de Grand Dakar se trouvent dans la zone opérationnelle.

Les habitats sont de type moderne ou traditionnel.

Le district sanitaire est une entité géographiquement définie du système de santé national. Il a pour objectif d'assurer la santé d'un groupe défini de population (50.000 à 500.000 habitants). Pour cela, il intègre et coordonne sur le plan technique tous les services de santé légalement autorisés, indépendamment de leur appartenance ou du type d'activités offertes. Ceci implique des liens au moins techniques entre les différentes entités. Ceci implique également différents niveaux et types de soins, depuis la promotion de la santé dans les villages et quartiers jusqu'à l'offre de soins spécialisés dans des structures de référence, en passant par des programmes de lutte contre des maladies spécifiques (tuberculose, SIDA, trypanosomiase, ...) Il dispose d'une large autonomie de décision et de gestion en matière de santé, dans les limites des règles administratives de gestion du personnel ou des finances de l'état, et des lois régissant les pratiques privées. Ses liens hiérarchiques varient en fonction du degré de décentralisation administrative et politique: certains districts rendent compte à l'autorité administrative de la même entité géographique, d'autres dépendent directement d'une autorité médicale ou administrative, provinciale ou régionale, ou directement du niveau central du ministère de la santé.

Le district sanitaire est habituellement considéré comme l'entité dont la taille représente le meilleur compromis entre les avantages d'une économie d'échelle par centralisation et la nécessité de rester suffisamment proche de la population pour comprendre ses attentes et besoins et suffisamment proche des services pour pouvoir agir sur leur qualité et leur performance.

### **II.3. Historique du district**

Le centre de santé Gaspard KAMARA a été ouvert en 1992. Avec l'avènement des réajustements issus de la décentralisation, l'ancien centre de santé de Bel-Air fut transféré vers la zone de Grand-Dakar et prendra d'ailleurs le même nom : Centre de Santé de Grand-Dakar.

Depuis 1993, la dénomination est passée à « Centre de Santé Gaspard KAMARA » du nom d'un ancien médecin et homme politique de la ville de Dakar. Le centre de santé Gaspard KAMARA fut inauguré le 13 Avril 1993 par M. Assane DIOP, Ministre de la Santé de l'époque. Ce Centre a été construit sur fonds propres de la ville de Dakar.

## II.4. Objectifs du district

Le district centre de la Région Médicale (RM) de Dakar, comme tous les autres districts et structures de santé, a pour principaux objectifs de :

- Rendre les soins essentiels (priorités, efficacité) accessibles (géographiquement, financièrement, culturellement) à toute la population
- Assurer la prise en charge globale des problèmes de santé avec intégration des différentes activités de santé (promotion, prévention et thérapie) dans le processus de développement
- Promouvoir la participation de la communauté en la responsabilisant dans la prise en charge de sa santé et de son développement

## II.5. Données démographiques

Tableau 2: Données démographique du district centre de la RM Dakar

RUBRIQUES	NOMBRE
POPULATION TOTALE	366.260
POPULATION FIXE	366.260
FAR	88 635
CIBLE 0 -11 mois	13 039
CIBLE 0-23 mois	36 626
CIBLE 12-59 mois	55 965
CIBLE 6-59 mois	69 003
CIBLE 0 – 59 mois	79 295
CIBLE 05-14 ans	102 553
CIBLE 10-19 ans	38 787
CIBLE 20-24 ans	33 733
CIBLE 15-49 ans	88 635
CIBLE 50 et plus	20 108

**Source :** Revue annuelle des indicateurs du district centre, Aout 2017

## II.6. Structures sanitaires composants le district

Le district Gaspard KAMARA est composé de poste de santé, de centre de centre de santé et d'un EPS.

### II.6.1. Poste de santé

C'est le premier niveau de structure de soins qui s'insère dans le cadre administratif. Il est dirigé par un Infirmier diplômé d'Etat ou par un agent sanitaire dans les zones où il y a pénurie



d'infirmiers. Les activités de soins de santé primaires y sont menées : Vaccination, IEC, Soins primaires, CPN, etc.

### II.6.2. Centre de santé

C'est le premier niveau où l'on trouve un médecin. On y mène des activités de soins et d'hospitalisation, des activités de maternité, de laboratoire, etc. C'est la structure de référence des postes de santé.

### II.6.3. Un EPS

Un EPS est une structure définie par un statut légal, et dont les missions sont fixées par le code de la santé. Ces missions sont : la prévention, les soins, la recherche médicale et l'enseignement. La compétence de ces établissements peut être de nature communale, intercommunale, départementale, régionale, interrégionale ou nationale<sup>31</sup>.

**Tableau 3: Les structures sanitaires composants le district centre de la RM Dakar**

EPS	NOMBRE	OBSERVATIONS
EPS	1	RAS
CENTRE DE SANTE	6	RAS
POSTE DE SANTE	9	01 fermé pour réfection
CASE DE SANTE	0	RAS
MATERNITÉ RURALE	0	RAS
STRUCTURES PARAPUBLIQUES	9	RAS
CLINIQUES PRIVÉES	6	RAS
SITE COMMUNAUTAIRE	0	RAS
TOTAL	31	RAS

**Source :** Revue annuelle des indicateurs du district centre, Aout 2017

---

<sup>31</sup> <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com>

## II.7. Ressources humaines du district

Tableau 4: Ressources humaines

CATEGORIE	FONCTIONNAIRE	CONTRACTUEL MSAS	COLLECTIVITE LOCALE	TOTAL
Médecin généraliste	1	0	6	7
Gynécologue	0	0	1	1
Pédiatre	1	0	0	1
Dentiste	0	0	1	1
Technicien Supérieur	4	0	3	7
Infirmier d'état	4	0	15	19
Assistant social	2	0	2	4
Sage femmes	30	0	13	43
Assistants infirmiers	1	1	4	6
Agents d'hygiène	1	0	0	1
Chauffeurs	0	0	9	9
Autres (préventionniste)	4	0	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>1</b>	<b>54</b>	<b>103</b>

**Source** : Revue annuelle des indicateurs du district centre, Aout 2017

## II.8. Personnel

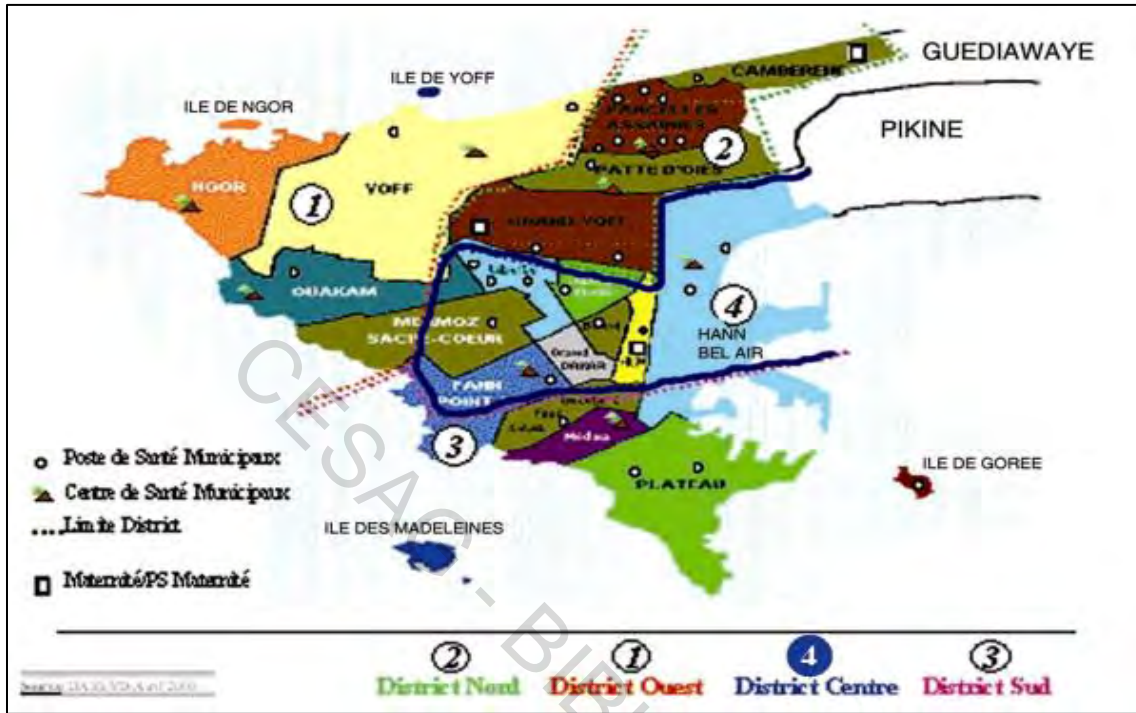
Tableau 5: Personnel

CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES	FONCTIONNAIRE	CONTRACTUEL MSAS	CONTRACTUEL PARTENAIRE	COMMUNAUTAIRE	OBSERVATIONS
Opérateur de saisie	0	1	0	0	RAS
Secrétaire	0	2	4	0	Collectivités locales
Dépositaire	0	0	0	14	RAS
Vendeur de tickets	0	0	0	33	RAS
Matrone	0	0	0	0	RAS
Relais	0	0	0	143	RAS
ASC	0	0	0	125	RAS
Bajenou Gox	0	0	0	166	RAS
DSDOM	0	0	0	0	RAS
Agent de Sécurité de Proximité	0	0	0	16	RAS
Gardien					RAS
Chauffeur	0	0	9	1	Collectivités locales
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>498</b>	<b>514</b>

**Source** : Revue annuelle des indicateurs du district centre, Aout 2017

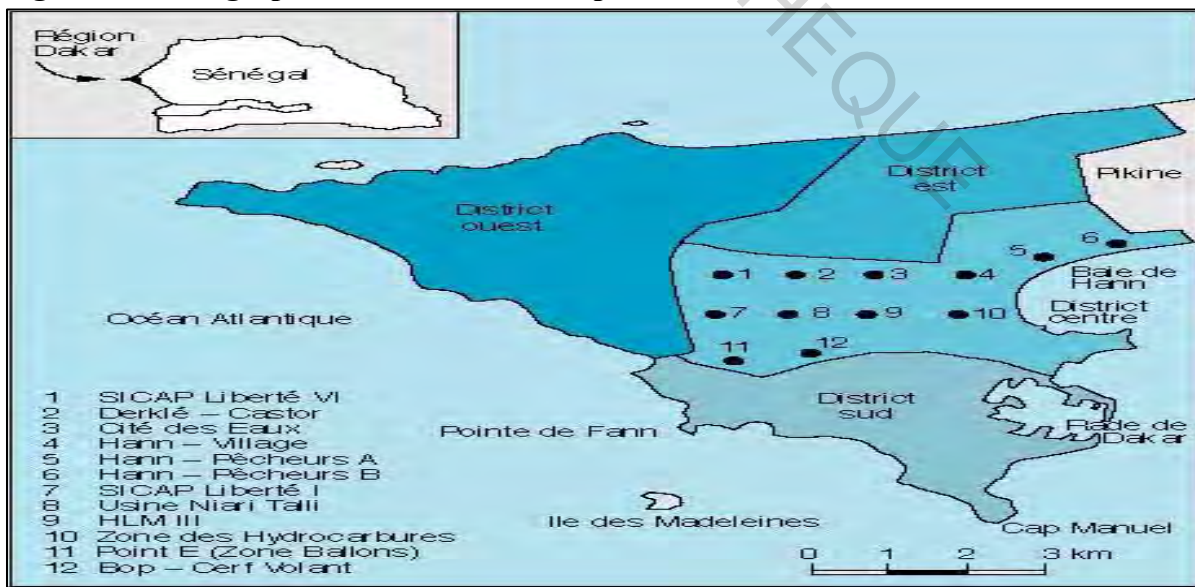
## II.9. Cartographie du district

Figure 3 : Cartographie du district centre de la RM de Dakar



Source : [http://a141.idata.over-blog.com/600x408/2/90/01/56/DIVERS/CARTE\\_DISTRICTS.png](http://a141.idata.over-blog.com/600x408/2/90/01/56/DIVERS/CARTE_DISTRICTS.png)

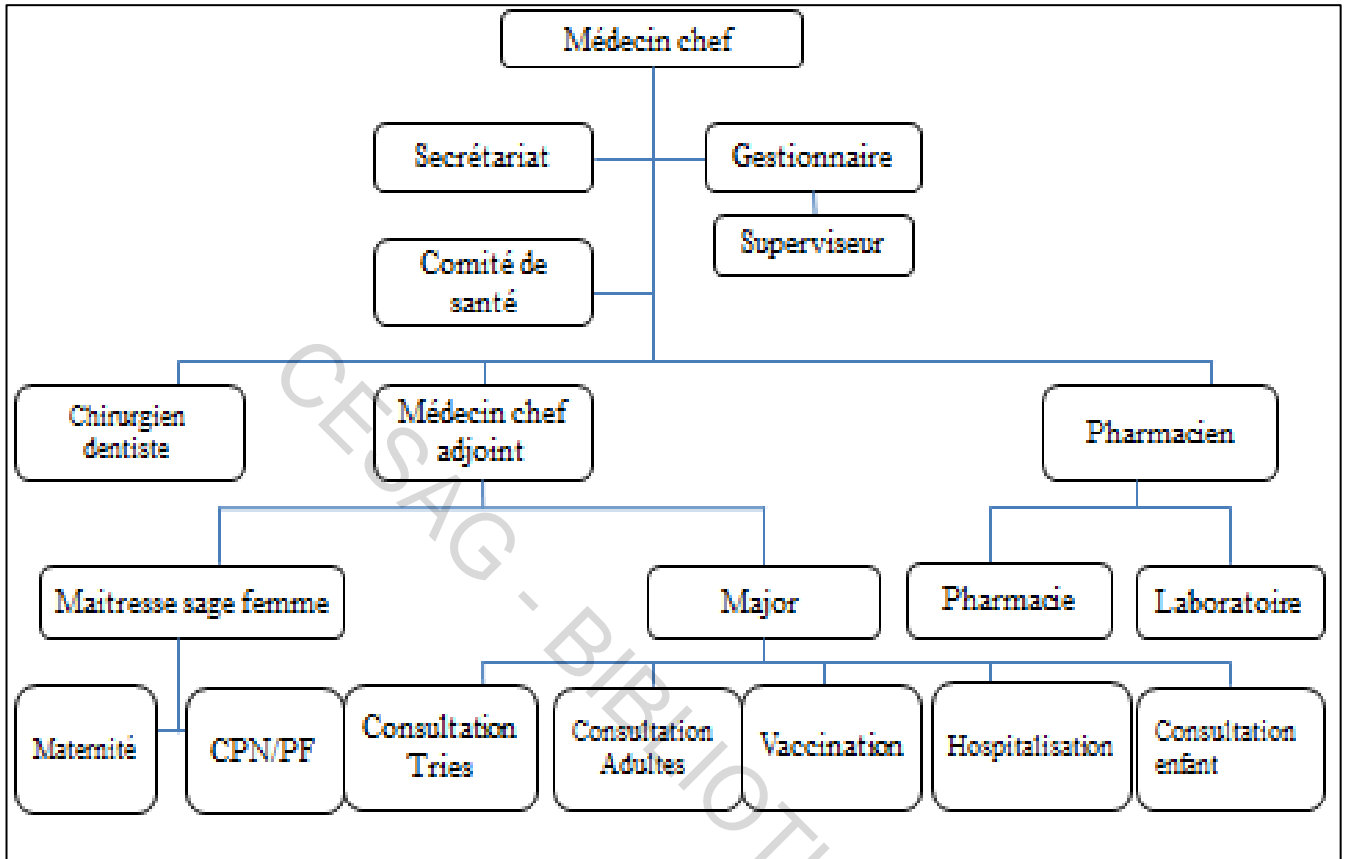
Figure 4 : Cartographie des structures composant le district centre



Source : [http://www.jle.com/e-docs/00/03/5B/F2/texte\\_alt\\_fig1.jpg](http://www.jle.com/e-docs/00/03/5B/F2/texte_alt_fig1.jpg)

## II.10. Organigramme du district

Figure 5 : Organigramme du district centre de la RM Dakar



**Source** : Direction du District centre

## **CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE**

Ce chapitre se consacrera d'une part au cadre conceptuel de l'étude et d'autre part à la méthodologie.

### **I. CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE ET REVUE DE LA LITTERATURE**

Ici, il va s'agir de définir certains concepts qui servent de fondement à notre étude.

#### **I.1. Le cadre conceptuel**

##### **I.1.1 La CMU**

Selon l'OMS « la couverture (sanitaire) universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers »<sup>32</sup>.

En 2005, la 58<sup>e</sup> Assemblée Mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité une résolution demandant aux pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de développer des systèmes de financement de la santé pour garantir à leur population un accès équitable à des services de santé de qualité. Dans cette perspective, le 06 décembre 2012, la 67<sup>ème</sup> session de l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution sur la Couverture Sanitaire Universelle. Cette résolution appelle chaque Etat membre de l'ONU à éviter de recourir au paiement direct des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires.

Au niveau régional, avec la volonté de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) de promouvoir la réglementation de la mutualité sociale dans les pays membres, le Conseil des ministres de l'UEMOA a adopté le 26 juin 2009 le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA. Ce texte a pour but de mettre en place une réglementation uniforme, transparente et efficace permettant d'assurer une saine promotion des mutuelles sociales, fondée

---

<sup>32</sup> [http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/fr/](http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/)

essentiellement sur les cotisations des membres dans le but d'une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité au profit des membres et de leurs ayants droit.

On pourrait donc conclure que la Couverture Maladie Universelle (CMU) offre la possibilité aux personnes les plus démunies de bénéficier d'une couverture du risque maladie. Cette initiative permet, en effet, aux personnes ayant souvent de faibles revenus (monde rural et secteur informel), d'être affiliées à un régime d'assurance maladie et de bénéficier des mêmes soins que les personnes affiliées aux autres régimes de sécurité sociale que sont les imputations budgétaires et les Instituts de Prévoyance Maladie (IPM)<sup>33</sup>.

A cet effet les différentes missions attribuées à la CMU sont :

- La CMU a pour mission d'assurer la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la Couverture maladie Universelle. Elle assure la tutelle des régimes de la Couverture Maladie Universelle, à l'exclusion de ceux relevant de l'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés, et a en charge l'encadrement technique des organismes de prévoyance qui les constituent ;
- La CMU assure la promotion des mutuelles de santé et autres mutuelles sociales dans le cadre de l'extension de la couverture du risque maladie au secteur informel et au monde rural ;
- La CMU participe à la définition et à la mise en œuvre des politiques d'extension de la couverture du risque maladie destinées aux personnes indigentes et aux groupes vulnérables en vue ;
- La CMU assure la promotion du financement de la politique de Couverture Maladie Universelle en collaboration avec les acteurs concernés à travers notamment.<sup>34</sup>

### **I.1.2. Le système sénégalais en matière de CMU**

Il n'existe pas un modèle unique pour la CSU. Chaque pays y va à son rythme et selon ses aspirations. Le Sénégal a opté pour le système de solvabilisation de la demande. Il a mis en place un programme de Couverture Maladie Universelle.

---

<sup>33</sup> <http://agencecmu.sn/content/pr%C3%A9sentation-et-missions>

<sup>34</sup> <https://www.sec.gouv.sn/Couverture-Maladie-Universelle-CMU.html>

### **I.1.3. Politique de gratuité**

L'objectif de ces initiatives est d'assurer la prise en charge totale des problèmes de santé d'une certaine catégorie de la population. En fait, ce sont des politiques de subventionnement des coûts.

Avant 2012, l'état des lieux de l'assurance maladie au Sénégal faisait apparaître un déficit de couverture de plus de 80%. Seul 20 % de sénégalais bénéficiaient d'un régime de protection sociale. Ces personnes étaient essentiellement les fonctionnaires et les salariés du secteur privé. La grande partie de la population, issue du secteur informel et du monde rural était en rade<sup>35</sup>. Toutefois, le Sénégal a mis en place plusieurs politiques de gratuité de soins ciblées. Il s'agit du plan SEASAM, la gratuité de la césarienne, et enfin le dernier né qui est gratuité de soins pour les enfants de moins de 5 ans.

#### ➤ **Le Plan SESAM**

En janvier 2001, le Ministère de la Santé et la Prévention Médicale (MSPM) en collaboration avec la Fédération des Associations des Retraités et Personnes Agées du Sénégal (FARPAS) avait organisé un séminaire dont le thème central portait sur la santé des « Aînés » (personnes du 3<sup>e</sup> âge). En effet, il s'agissait lors de cette assise d'identifier les problèmes médicaux, sociaux et économiques liés au 3<sup>e</sup> âge afin de dégager des solutions envisageables à court, moyen et long terme. Le plan SESAM a pour mission d'assurer aux sénégalais âgés de 60 ans et plus une prise en charge des soins de santé éligibles, au niveau des structures de santé publiques. Cette prise en charge qui est de 100% pour les Personnes A leur Frais (PAF), ne concerne que la part dévolue au patient pour ceux bénéficiant d'une autre prise en charge (IPRES, FNR)<sup>36</sup>.

Est éligible donc tout Sénégalais âgé de 60 ans et plus pourvoyant aux conditions ci-dessous :

- Disposer d'une carte nationale d'identité sénégalaise numérisée ;
- Respecter la pyramide sanitaire : consulter au niveau périphérique (poste ou centre de santé) et ne se présenter à l'hôpital que s'il y est référé ou en urgence.

---

<sup>35</sup> [http://www.fanaf.com/file/upload/20150625\\_Mbengue.pdf](http://www.fanaf.com/file/upload/20150625_Mbengue.pdf)

<sup>36</sup> <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.agencecmu.sn/content/les-gratuit%25C3%25A9s>

Suites aux recommandations issues de ce séminaire, le gouvernement en septembre 2006, une initiative appelée « PLAN SESAM » cette initiative a pour but de garantir la gratuité des soins aux personnes âgées. Elle comporte deux grands axes :

- L'appui institutionnel pour renforcer la prise en charge médicale de l'IPRES, du Fonds National de Retraite (FNR) et des collectivités;
- L'institution d'une prise en charge médicale des personnes âgées non couvertes par l'IPRES et le FNR soit, 70% des personnes âgées au Sénégal.

Le plan SESAM a démarré le 1er septembre 2006.

➤ **Gratuité de la césarienne pour les femmes.**

Pour surmonter les obstacles financiers aux soins de maternité, le Sénégal a mis en œuvre une Politique de Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne (PGAC) qui a été déployée en 2005 dans cinq régions essentiellement pauvres dans le but d'augmenter le nombre des accouchements dans les établissements de santé. Cette politique fut étendue à tous les hôpitaux régionaux (à l'exception de ceux de Dakar) un an plus tard<sup>37</sup>. La PGAC prend en charge les accouchements normaux dans les cliniques et centres de santé, ainsi que les césariennes dans les hôpitaux régionaux et de district, pour toutes les femmes. Le gouvernement procure des trousseaux subventionnés contenant les fournitures de base pour les accouchements normaux, afin de remplacer les paiements des dépenses de santé par les usagers.

➤ **Gratuité de moins de 5 ans**

A partir de janvier 2014, toutes les pathologies comprises dans le paquet ont été prises en charge au niveau des postes et des centres de santé seront traitées gratuitement. Au niveau de l'hôpital, la prise en charge des urgences sera également gratuite<sup>38</sup>.

Les frais de consultation, vaccination et hospitalisation des enfants de moins de cinq ans seront gratuits "au niveau des postes et des centres de santé", structures sanitaires de petites catégories et "il en sera de même pour les consultations des enfants au niveau des services d'urgence des hôpitaux et des consultations des cas qui y seront admis.

---

<sup>37</sup> [http://www.seneweb.com/news/Sante/cmu-6-000-femmes-beneficiaires-de-la-gra\\_n\\_135928.html](http://www.seneweb.com/news/Sante/cmu-6-000-femmes-beneficiaires-de-la-gra_n_135928.html)

<sup>38</sup> <http://www.jeuneafrique.com/149402/societe/s-n-gal-soins-de-sant-gratuits-pour-les-moins-de-5-ans-en-octobre/>



### **I.1.4 Fonctionnement des structures de santé**

En 1996, la réforme qui a permis l'approfondissement de la décentralisation et régionalisation a eu comme fondement deux préoccupations majeures : (i) la volonté de l'Etat de créer les conditions de la libre administration des collectivités de base par des conseils élus et (ii) la mise en œuvre d'une politique de proximité. Le Ministère en charge de la santé impulsera un cadre de concertation au niveau central avec le Ministère chargé des collectivités locales afin de mieux préciser les procédures et processus de collaboration entre les différents acteurs de la décentralisation de la santé. Dans ce cadre, la PNDS2009-2018 Sénégal 48 réforme en cours concernant les organes de gestion à la base (comité de gestion et comité de santé) sera poursuivie. Pour harmoniser et renforcer le cadre de concertation, il sera procédé à : - l'impulsion, à partir du niveau central, d'une concertation entre le Ministre chargé de la santé, le Ministre chargé de l'éducation nationale et le Ministre chargé des collectivités locales. L'objectif visé est de mieux préciser l'esprit de la décentralisation, les procédures et processus de collaboration entre les autorités déconcentrées, les autorités décentralisées et les responsables des services de santé ; la révision des textes de la décentralisation relative aux comités de santé et comités de gestion. Le ministère, en partenariat avec les Elus locaux, a initié un projet de réforme du cadre juridique et organisationnel de ces comités à travers la mise en place d'organisations communautaires pour le développement sanitaire local. Une proposition de décret est dans le circuit.

Toutefois, il existe à présent une organisation qui permet à chaque structure (District Sanitaire) de s'autogérer. Cette autogestion se matérialise par la prise de certaines décisions stratégiques et l'engagement de certaines dépenses en accord avec la communauté.

### **I.1.5. Le système d'approvisionnement en médicament**

Les retards de remboursement du coût des actes fournis gratuitement par l'État ont entraîné des difficultés d'approvisionnement en médicaments, privant ainsi les districts sanitaires d'une importante partie des bénéfices liés à l'achat et à la vente des médicaments, (Kafando et al. 2011).

Les ruptures dans l'approvisionnement en médicaments gratuits ou les retards dans les remboursements aux formations sanitaires, aboutissent aux mêmes résultats négatifs : des pénuries empêchent la délivrance des médicaments. Faute de médicaments gratuits disponibles, les personnels de santé délivrent 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). Cette situation contribue à introduire de la confusion sur la frontière « recouvrement/exemption », à susciter des soupçons, à accroître la tension entre usagers et personnels de santé (De Sardan et al. 2012).

Aussi y'a-t-il des ruptures fréquentes de produits gratuits (médicaments, kits, consommables) qui sont observées, sans qu'il soit possible pour les usagers de situer les responsabilités. Cette situation a des conséquences préjudiciables pour l'appropriation de ces politiques. Elle contribue à accentuer le déficit d'informations et de confiance des usagers et entame la capacité des usagers à faire valoir leurs droits, (Toure 2012), même les formes pédiatriques (sirops) sont considérées comme trop chères depuis qu'il y a l'exemption de paiement. Cela entraîne de nombreuses difficultés chez les mères pour gérer la découpe des cachets en quarts ou en moitiés, leur conservation, leur administration, sans parler des dépôts et résidus de principe actif dans la cuillère ou le verre qui sont souvent non absorbés, (De Sardan et al. 2012).

### **I.1.6. Prestation de soins**

Les soins infirmiers sont définis au sens large comme « une *attention*, une *application* envers quelqu'un ou quelque chose ». Le mot soin prend alors le sens de « *moyens* par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade »<sup>39</sup>.

Tels que définis par le Conseil international des infirmières, les soins infirmiers représentent les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés malades ou bien-portants quel que soit le cadre.

Ils se focalisent sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Ils englobent également la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation à la santé.

Les soins infirmiers sont traditionnellement dispensés par les infirmiers et infirmières. Ils se focalisent sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Ils englobent également la défense, la

---

<sup>39</sup> Dictionnaire Larousse, édition 2006

promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation à la santé.<sup>40</sup>

Dans notre cas présent, il faudra se référer au paquet de soins indiqué dans le manuel de procédure des politiques gratuité.

## **I.2. La revue de la littérature**

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

Il a relevé que 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. Il s'agissait dans cette étude de déterminer et d'analyser l'opinion des acteurs de la santé mondiale dans le débat sur les paiements directs.

Dans sa méthode, 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 (Valery Ridde, 2012).

Des études sur les effets de l'exemption temporaire des paiements pour l'ensemble des services de santé publics à Madagascar sur la période de 2002 et 2003 ont été menées par Fafchamps et al. (2007). Ils ont utilisé les données de 138 centres de santé de tout le pays, sur les périodes de novembre à décembre 2001, de mai à juin 2002 et de novembre à décembre 2002 et ils ont appliqué le modèle de régression multi variée. Avec cette politique, le nombre mensuel moyen de visites a subi une augmentation voire, multiplié par 2 sur la 2e période dans les formations sanitaires, par rapport au niveau précédent la crise politique (208 contre 117). A par ailleurs, l'on peut noter aussi une plus grande fréquentation des patients pauvres dans les formations

---

<sup>40</sup> [https://fr.wikipedia.org/wiki/Soin\\_infirmier](https://fr.wikipedia.org/wiki/Soin_infirmier)

sanitaires. L'abolition est associée à une augmentation de 22% du nombre de visites dans les formations sanitaires.

En ce qui concerne Touré, (2012), dans son étude sur la perception des politiques d'exemptions de soins au Mali, elle conclut que plus de 80% des acteurs reconnaissent que ces politiques ont résolu certains problèmes ou entraîné des changements positifs, car ces politiques favorisent l'accès aux soins notamment par les plus pauvres et permettent une meilleure gestion de la maladie, par un recours aux structures de santé dès les premiers symptômes de maladie et par la disponibilité des médicaments (notamment les antirétroviraux ou ARV) ; 84% des interlocuteurs affirment que ces politiques ont augmenté l'utilisation des services et 92% soulignent qu'elles bénéficient aussi aux plus pauvres.

Pour Dutrey, (2007), ces résultats sont contestés par certains auteurs pour qui beaucoup de ces programmes étudiés ont échoué car n'ayant pu cibler les véritables pauvres qui constituent pourtant dans certains cas la majorité des exclus.

Cependant, Wilkinson et al. (2001) en se basant sur les données des registres d'une clinique mobile de janvier 1992 à mars 1998, trouvent des tendances mitigées en Afrique du Sud où l'extension de l'exemption à l'ensemble de la population en 1996 n'a eu que peu d'effets sur le nombre de consultations qui avaient pourtant augmenté après la 1ère mesure d'exemption pour les enfants et les femmes enceintes.

En se basant sur une approche socio-anthropologique fondée sur des techniques qualitatives de production de donnée (enquête, entretien, documents consultés), Diarra dans son étude, « **Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger : évaluation dans les districts sanitaire** », a comparé la mise en œuvre de la politique nationale de gratuité des soins au Niger dans trois (03) districts sanitaires. Il conclut 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).

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).

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, état 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 (Ousséini 2012).

C'est la suite logique dans l'étude menée par Sardan et Ridde, « **L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : Les contradictions des politiques publiques** », réalisée dans trois pays, fondé sur des politiques publiques. Elle s'est faite à travers une enquête de terrain socio anthropologique, qui a permis de dresser 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 (Sardan et Ridde 2012).

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.

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 2013).

## II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

La méthodologie traitera autant l'approche de l'étude que la cible et la collecte des données. Toutefois, comme toute étude scientifique, il est important de mentionner les difficultés rencontrées dans nos différentes démarches.

### II.1. Approche de l'étude

Notre étude consistera en une incursion dans le fonctionnement comptable du district centre de la RM de Dakar.

La politique de gratuité de soins pour les enfants de moins de 5 ans a été une bonne aubaine pour les parents surtout dans les familles défavorisées. Toute gratuité induisant une augmentation du niveau de fréquentation<sup>41</sup>, il importe alors de s'attarder sur la santé des finances des structures prestataires.

En effet, il s'agit d'une étude quantitative pour éclairer l'analyse qualitative qui met au jour des perceptions des difficultés financières que nous tenterons de vérifier.

C'est dans ce sens que nous allons d'abord procéder à une analyse réelle du circuit de remboursement des prestations fournies aux enfants. En effet, les fiches à remplir par les formations sanitaires ont été simplifiées, mais un circuit particulièrement complexe de remboursement des factures envoyées par les formations sanitaires a été mis en place, impliquant un surcroît de tâches administratives et comptables pour les formations sanitaires (auxquelles elles n'étaient pas préparées), des procédures multiples de vérification au niveau de la cellule gratuité, du Ministère de la santé, du Ministère des finances et du Trésor, de nombreuses factures non conformes ré-expédiées aux formations sanitaires.

Dans le même ordre d'idée, nous ébaucherons quelques difficultés financières auxquelles sont confrontés les prestataires. Des délais importants entre les prestations effectuées et les remboursements effectifs (environ 1 an en moyenne), ayant des conséquences financières pour les formations sanitaires (De Sardan et al. 2010). Pour se rendre compte de la situation financière difficile de la structure de santé, nous procéderons comme Kafando et al. en faisant une incursion dans les dépenses, les recettes, du district sanitaire, et les remboursements effectués par l'État dans le cadre de la politique de gratuité. Ces données ont été relevées à l'aide des fiches élaborées spécifiquement à cet effet. Dans leur étude les dépenses concernent l'ensemble

---

<sup>41</sup> [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11812/Belaid\\_Loubna\\_2014\\_these.pdf](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11812/Belaid_Loubna_2014_these.pdf)

des sorties d'argent enregistrées au niveau du district sanitaire. Les recettes regroupent toutes les entrées d'argent enregistrées par le district sanitaire. Les recettes sont essentiellement composées de la vente des médicaments et des consultations.

Un circuit de remboursement fastidieux, qui induit des difficultés au niveau des finances des structures, n'aurait-il pas d'effet sur l'approvisionnement en médicaments pour ces structures ? Ainsi, allons-nous essayer de remonter la chaîne d'approvisionnement du grossiste au bénéficiaire final en passant par le district qui est la zone de transit des médicaments. Il s'agira notre démarche de vérifier si le processus de remboursement qui occasionne des retards n'est pas la cause réelle des ruptures en MEG. Nous procéderons en un dépouillement des stocks en MEG et par la suite voir l'implication du non remboursement des frais liés à la gratuité.

## **II.2. Cible**

Il s'agit d'aborder avec les responsables du district (MCD, MCC, ICP...) voire toutes les personnes impliquées dans la gestion financière du district, notamment les présidents de comité de santé, les questions liées aux difficultés rencontrées suite au retard dans les remboursements.

## **II.3. Collecte des données**

Notre collecte des données sera exprimée en deux temps. Il s'agira premièrement d'aborder la méthode et outil de collecte des données. Deuxièmement, nous exposerons nos outils de traitement des données collectées.

### **II.3.1. Méthode et Outils de collecte**

Les données ont été collectées de façon primaire et secondaire.

Nous avons eu recours à des fiches d'enquête comportant un questionnaire élaboré à l'aide du logiciel Sphinx (**voir annexe 1**). Ces fiches d'enquête étaient adressées au responsables des différents postes et centres de santé sélectionnées dans le district. Par ailleurs, une collecte de données secondaires a été faite auprès du gestionnaire, du président du comité de santé du district et le point focal de la gratuité.

En outre, nous avons utilisé un scanner pour les besoins de collecte de certaines données secondaires. Il s'agit des données inscrites dans les registres.

### **II.3.2. Outils de traitements des données**

Le logiciel Excel, a permis de constituer nos tableaux à partir desquels nous avons tiré la plupart de nos graphiques.

### **II.3.3. Période de l'étude**

Notre étude s'est effectuée sur toute l'étendue du district centre de la RM de Dakar. Elle s'étend de la période du 28 septembre 2017 au 10 janvier 2018.

Les données collectées couvrent la période avant gratuité et après gratuité. Il s'agit de la période de 2013 jusqu'en 2017.

### **II.4. Difficultés rencontrées**

Toute étude scientifique est parsemée d'obstacles, dans notre cas également nous avons rencontré quelques difficultés. Au nombre de celles-ci, nous pouvons d'abord évoquer l'étendu même du district. En effet le district couvre une superficie de 28 km<sup>2</sup>.

Par la suite, on peut évoquer aussi la disponibilité du personnel (ICP, MCC, ... déjà en nombre insuffisant) pour répondre à nos questions.

A ces difficultés il faut ajouter la réticence des responsables dans la mise à disposition des données financières (notamment les rapports financiers globaux).

Par ailleurs il y'a des cas où les rapports deviennent introuvables, du fait du système de conservation des documents de gestion.

### **II.5 Les limites de l'étude**

Lors de nos collectes de données, l'accès aux données relatives à la période d'avant gratuité de soins n'a pu concerner qu'une seule année. En effet, la règle concernant la conservation des documents administratifs, qui est de 5 ans nous a contraint à nous en tenir aux à la seule année de 2013. Pourtant il aurait été judicieux de recueillir des données antérieures à 2013.



**DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

# CHAPITRE I : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Nous présenterons dans ce chapitre, les résultats de nos différentes investigations afin de procéder à leur analyse complète.

## I. PRESENTATION DES RESULTATS

Suite à notre collecte de données sur le terrain, cette partie sera consacrée à la présentation de nos différents résultats suivants les objectifs de recherche

### I.1. Les bénéficiaires de la gratuite de soins et le paquet de soins

#### I.1.1. Les bénéficiaires

Les bénéficiaires de cette initiative sont les enfants de nationalité sénégalaise âgés de moins de cinq (05) ans. Pour une meilleure identification de la cible, les documents suivants sont exigés : carnet de santé, carnet de vaccination, extrait de naissance ou tout autre acte d'état civil. A ce titre l'on peut se demander : quel enfant est traité comme enfant sénégalais selon le code de nationalité sénégalais.

La LOI n° 2013-05 du 8 juillet 2013 portant modification de la loi n° 61-10 du 7 mars 1961 déterminant la nationalité sénégalaise, modifiée, dispose en son **Article 5** que : « est sénégalais tout enfant né d'un ascendant au premier degré qui est sénégalais » : la nationalité par la filiation (jus sanguini ou droit de sang). Mais aussi l'enfant acquiert automatiquement la nationalité à sa naissance en fonction du critère de la naissance sur le territoire sénégalais (jus soli ou droit de sol).

Selon la loi susmentionnée « l'enfant qui fait l'objet d'une adoption plénière acquiert la nationalité sénégalaise si l'adoptant, ou, en cas d'adoption conjointe, l'un des adoptants est sénégalais », Article 9.

Par ailleurs, suivant l'Article 10 de cette même loi : « devient de plein droit sénégalais, à condition que sa filiation soit établie conformément au chapitre 1er du livre III du code de la famille, tout enfant mineur dont l'un des parents acquiert la nationalité sénégalaise »<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> J.O. N° 6741 du Lundi 29 Juillet 2013 N-S république du Sénégal

La nationalité d'acquisition est la nationalité qui n'est pas d'origine, elle s'acquiert au cours de sa vie. Elle suppose soit une demande de l'intéressé (manifestation de volonté), soit un changement d'état civil (mariage, adoption), soit les deux à la fois.

### I.1.2. Le paquet de soins de la prise en charge.

Tableau 6: Contenu du paquet de soins

NIVEAU DE PRESTATIONS	PAQUET DE SOINS OFFERT
Poste de santé	<ul style="list-style-type: none"><li>•la consultation</li><li>•les médicaments IB,</li><li>•la vaccination</li></ul>
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"><li>•la consultation</li><li>•l'hospitalisation</li><li>•les médicaments IB</li><li>• la vaccination</li></ul>
Hôpital	<ul style="list-style-type: none"><li>•consultation en urgences</li><li>•des cas référés</li></ul>

**Source** : Manuel de procédure sur la gratuité

### DEFINITIONS

- Forfait comprenant la consultation

Il s'agit de la consultation à proprement parlé, mais aussi du contrôle de l'alimentation des enfants. Ce qui implique une supplémentation alimentaire en cas de besoin.

Qu'entend-t-on par supplémentation alimentaire chez l'enfant de moins de 5 ans ?

Chez l'enfant, l'association d'un déficit pondéral, de carences en micronutriments (fer, vitamine A et zinc) et d'un allaitement sous-optimal est responsable de 7 % des décès et de 10 % de la charge de morbidité totale. La carence en vitamine A est à elle seule responsable de près de 6 % des décès d'enfants de moins de 5 ans en Afrique et de 8 % de ces décès en Asie du Sud-Est (3). La supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois vivant dans des pays en développement est associée à une réduction du risque de décès toutes causes confondues et à une baisse de l'incidence des diarrhées. Le rôle de cette vitamine dans l'immunité innée et adaptative pourrait aussi comprendre la réduction de la susceptibilité aux autres infections et/ou de la gravité de celles-ci.

Une supplémentation en vitamine A fortement dosée est recommandée chez les nourrissons et les enfants de 6 à 59 mois dans les contextes où les carences en cette vitamine représentent un problème de santé publique<sup>43</sup>.

Par ailleurs, on peut y adjoindre, les cas de consultation en urgences. Il s'agit des cas où l'enfant est présenté dans une structure de niveau 2 ou 3 en outrepassant les règles de référence, en raison de son état qui nécessite des soins de niveau plus élevé que dans les structures de niveau 1.

➤ Les médicaments IB (MEG)

L'actuelle liste de Médicaments et Produits Essentiels est la Cinquième édition, après celles de 1990, 1994, 1998 et 2002. Chaque niveau de structures sanitaires a une liste spécifique par rapport à la compétence technique des agents qui s'y trouvent. Les objectifs de rationalisation de l'utilisation de médicaments sûrs, efficaces et accessibles aux populations ont été dès le départ définis<sup>44</sup>. Ces objectifs sont toujours actuels, car à chaque étape il faut remettre en question cette liste pour fournir les médicaments les plus sûrs, les plus efficaces et les plus accessibles en regard des sommes de connaissances et d'expériences accumulées entre deux révisions.

➤ La vaccination

Après leur naissance, les enfants doivent bénéficier de soins qui permettront de préserver leur santé contre un certain nombre de maladies. Cette préservation se fait sous forme de vaccination. En effet, l'OMS recommande un programme élargi d'immunisation des enfants avant leur premier anniversaire contre les différentes maladies de l'enfance. Ce programme recommande essentiellement la vaccination contre la rougeole, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la tuberculose dans des pays comme le Sénégal.

➤ L'hospitalisation

Le terme « hospitalisation » désigne le fait qu'un individu soit admis au sein d'une structure sanitaire pour y recevoir des soins médicaux. Ici l'hospitalisation sera justifiée par le personnel de santé et celle-ci a une durée maximale de sept jours.

---

<sup>43</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44718/1/9789242501766\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44718/1/9789242501766_fre.pdf)

<sup>44</sup> <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16193f/s16193f.pdf>

## **I.2. Le circuit de remboursement**

### **I.2.1. Au niveau de la pyramide sanitaire**

A l'arrivée d'un enfant dans une structure quel que soit le niveau (poste, centre de santé et hôpital), le responsable de l'accueil vérifie que l'enfant est éligible à la gratuité, demande la présentation du carnet de santé ou à défaut l'extrait de naissance ou toute autre pièce d'état civil pouvant justifier l'âge de l'enfant. Pour matérialiser la prise en charge, l'enfant est orienté vers le service devant s'occuper de son cas, et qui après service fait, fournira au service facturation de la structure, tous les éléments nécessaires à l'établissement de la facture. Chaque mois, le responsable de la structure (poste de santé, centre de santé) établit la fiche de situation globale de prise en charge des enfants (**voir annexe 2**). Il cosigne avec le président du comité de santé la facture récapitulative mensuelle. Le responsable de la structure envoie au MCD au plus tard le cinq (05) du mois la situation globale de prise en charge accompagnée de toutes les pièces justificatives requises (les fiches individuelles de prise en charge et la facture récapitulative). Le MCD remplit la fiche de synthèse mensuelle, en y joignant la facture récapitulative (**voir annexe 3**) (cosignée par le président du comité de santé) et envoie le dossier au plus tard le 10 du mois à la Région Médicale, laquelle dispose de deux (02) jours pour envoyer le dossier au Service Régional de l'ACMU (**voir annexe 4**). Au niveau des EPS, le directeur signe la fiche de situation globale mensuelle accompagnée des fiches individuelles des enfants et d'une facture et envoie le dossier au plus tard le dix (10) du mois au Service Régional de l'ACMU avec ampliation à la Région Médicale. Pour l'élaboration de la facture, une application garantissant la fiabilité des calculs (Excel...) est utilisée.

### **I.2.2. Au niveau de l'ACMU**

Les documents relatifs au remboursement des frais liés aux initiatives de gratuité sont adressés au Directeur Général de l'Agence par les responsables des structures sanitaires. Ils doivent être accompagnés d'un bordereau de transmission et constitués des pièces justificatives requises.

Après une première vérification de l'exhaustivité du dossier (états récapitulatifs en version physique et électronique sous format Excel, rangement des dossiers suivant l'ordre de l'état récapitulatif) le mandataire dépose les factures avec un bordereau d'envoi au secrétariat du Service régional qui lui remet une décharge ou accusé de réception. Ces documents sont transmis par le Chef du service régional aux médecins responsables de l'Unité de l'Assistance Médicale pour une vérification et un contrôle techniques et administratifs.

**Au niveau du service régional de l'ACMU.** Le traitement de la demande de remboursement est réalisé par le responsable de l'unité de l'assistance médicale. A ce stade, il vérifie l'éligibilité des bénéficiaires et l'exhaustivité des dossiers avec notamment la présence des différentes pièces requises:

Examen des pièces obligatoires pour chaque niveau de la pyramide sanitaire :

- Poste et centre de santé : une copie de la fiche individuelle de prise en charge, mentionnant les différents actes dont a bénéficié le patient ;
- Etablissement public de santé : une copie de la fiche individuelle de prise en charge, mentionnant les différents actes dont a bénéficié le patient, les preuves de paiement direct par le patient le cas échéant.

L'aboutissement de cette vérification sera de s'assurer de :

- L'existence d'un dossier patient valide, contenant toutes les pièces justificatives individuelles ;
- L'existence d'un rapport technique pour de prise en charge des soins des enfants de moins de 5 ans comportant l'ensemble des informations permettant le traitement du dossier pour le remboursement ;
- La concordance entre les prescriptions et les actes effectués ;
- La concordance entre la facture individuelle du patient et l'état récapitulatif de paiement;
- La conformité des états récapitulatifs avec la version électronique format Excel
- La conformité des tarifs appliqués ;
- La conformité du montant global de la facture.

Après cette première étape de vérification :

Les documents de demande de remboursement conformes font l'objet de validation par le responsable de l'unité de l'assistance médicale et d'approbation par le Chef du service régional de l'ACMU. Une requête de paiement est ensuite adressée au Directeur Général de l'ACMU avec les documents suivants : Demande de paiement, facture synthétique, état récapitulatif de prise en charge et bordereau d'envoi des pièces ; Les fichiers électroniques des états récapitulatifs de prise en charge sous format Excel sont adressés par le service régional à la Direction de l'Assistance Médicale.

En cas de non-conformité, les documents sont renvoyés aux structures d'origine pour correction. Toutefois une concertation entre lesdites structures pour régularisation sera organisée dans tous les cas où cela est nécessaire. A l'absence d'un consensus, les documents de demande de remboursement non conformes sont transmis à la Direction de l'Assistance Médicale.

Après une validation initiale de la requête de paiement, un contrôle aléatoire sera fait au niveau des structures et auprès des bénéficiaires pour confronter les informations transmises aux constats sur l'effectivité des services. Ce contrôle sera fait par l'ACMU en collaboration avec la région médicale. Ainsi, toute structure appliquant les programmes de la CMU peut faire l'objet d'un contrôle de l'ACMU.

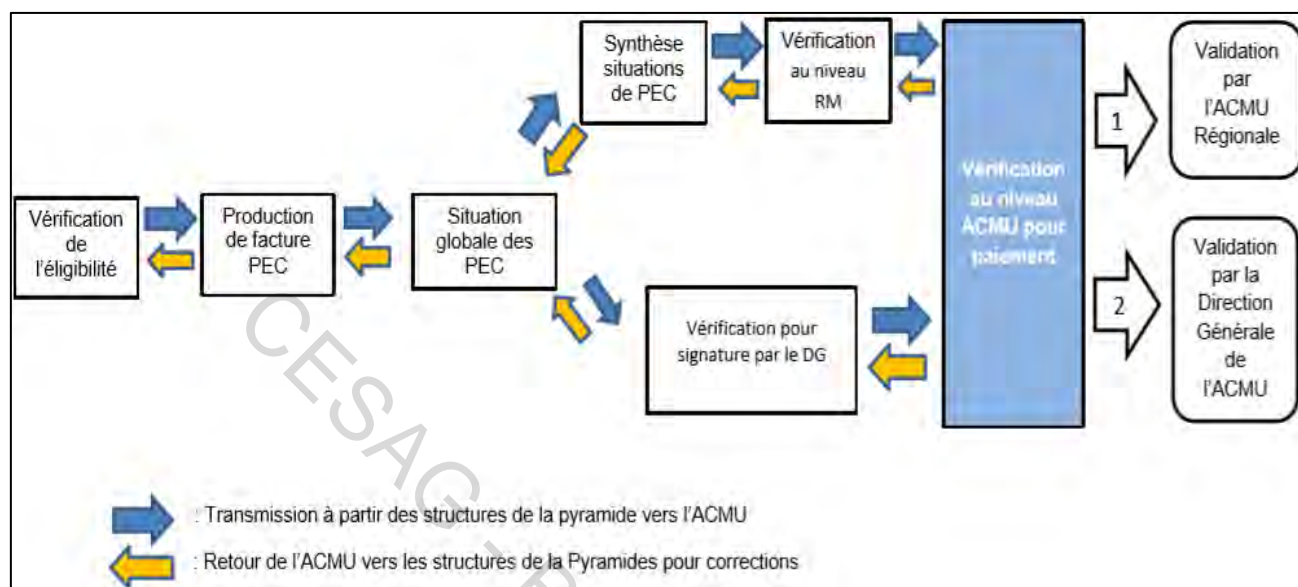
**Au niveau de la Direction Générale de l'ACMU.** Pour les demandes de remboursement conformes venant du service régional, la Direction de l'Assistance Médicale (DAME) soumet la requête de remboursement au Directeur Général de l'ACMU. La requête validée est ensuite adressée à la Direction de l'Administration et des Finances (DAF). La DAF prépare le mandat de la dépense et sa liquidation. Le dossier est ensuite transmis à la Cellule du Contrôle Générale (CCG). La CCG procède à la vérification des demandes de remboursement et s'assure du respect des procédures financières. Si le dossier est conforme, elle appose son visa, vérifie la disponibilité des crédits puis, transmet le dossier à la DAF pour enregistrement et envoi à la Direction Générale. Le Directeur Général valide le mandat et le dossier est transmis à l'Agence Comptable Particulier (ACP) pour paiement. De la réception de la demande de remboursement conforme au niveau du Service Régional de l'ACMU au paiement à la structure, les délais cumulés ne doivent pas dépasser trente (30) jours ouvrables.

Pour les demandes de remboursements non conformes, la DAME, après vérification, les transmet à la Cellule du Contrôle Médicale (CCM), avec un rapport mentionnant les différentes non-conformités recensées. A ce niveau, un autre aspect du contrôle technique et administratif sera effectué. Après vérification, la CCM établit un rapport avec requête de correction à la structure. Ce même rapport sera envoyé à la DAME et au Service régional.

Le rapport est accompagné des dossiers des patients à régulariser. Après les corrections apportées par les structures de soins, les dossiers accompagnés d'une facture conforme aux dispositions du rapport de la CCM, sont ramenés au Service régional de l'Agence, qui transmet à la CCM, pour validation. S'il n'y a pas d'objection la CCM transmet à la DAME le dossier

pour la poursuite de la procédure de paiement. En cas d'objection, le dossier est renvoyé à la structure d'origine avec une lettre de notification, dont le Ministre en charge de la santé est ampliatraire en vue d'un arbitrage.

**Figure 6 : Circuit de remboursement**



**Source** : l'auteur

### I.2.3. Exemples de date de transmission et date de remboursements réel

**Tableau 7: Aperçu du délai de remboursement**

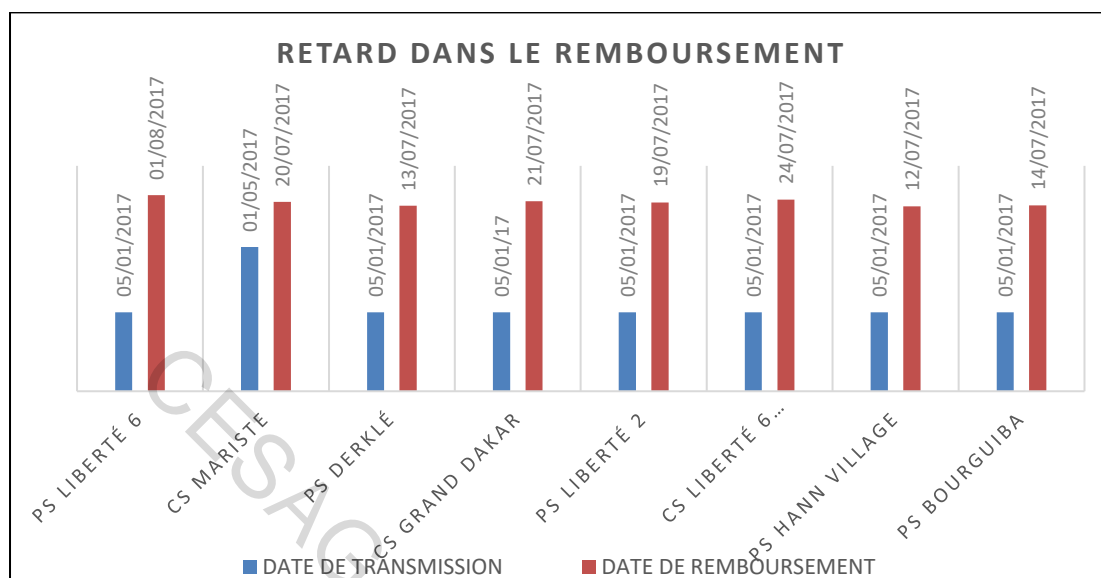
STRUCTURE DE SANTE	SOMME DUE	PERIODE	DATE DE TRANSMISSION	DATE DE REMBOURSEMENT	DELAJ ENCOURU
PS Liberté 6	392 000	NOV-DEC	05/01/2017	01/08/2017	208
CS Mariste	4 072 500	OCT-NOV-DEC	01/05/2017	20/07/2017	80
PS Derklé	439 600	NOV-DEC	05/01/2017	13/07/2017	189
CS Grand Dakar	4 482 000	OCT-NOV-DEC	05/01/2017	21/07/2017	197
PS Liberté 2	540 400	NOV-DEC	05/01/2017	19/07/2017	195
CS Liberté 6 Extension	2 434 500	OCT-NOV-DEC	05/01/2017	24/07/2017	200
PS Hann village	364 000	NOV-DEC	05/01/2017	12/07/2017	188
PS Bourguiba	334 600	NOV-DEC	05/01/2017	14/07/2017	190

**Source** : l'auteur



Ce tableau Excel a été possible par une compilation de décharges obtenue auprès de l'administration du district centre. **(Voir annexe 5)**

**Graphique 1 : Délai de transmission et délai de remboursement**



**Source** : l'auteur

### I.3. LES DIFFICULTES FINANCIERES DES STRUCTURES DE SANTE

Pour mieux apprécier les difficultés financières auxquelles sont confrontées les structures de santé, nous avons fait une revue des différents bilans mensuels **(voir annexe 6)** des centres et poste de santé. Ces bilans mensuels nous ont permis par la suite de faire un tableau récapitulatif des recettes et des dépenses.

<b>RECETTES</b>
Recouvrement de coûts
<b>DEPENSES</b>
Médicaments essentiels génériques
Indemnité
Outils de gestion et de fonctionnement
Autres coûts

**Source** : l'auteur

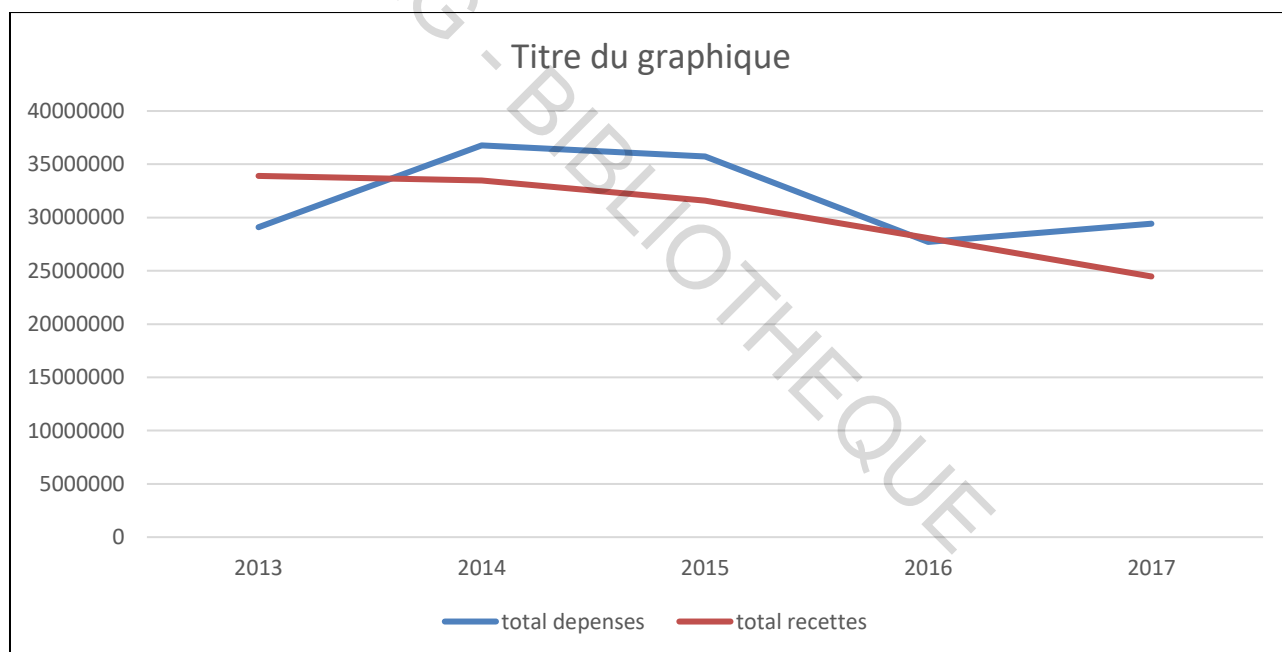
- ✓ **Recouvrement de coût** : le recouvrement de coût est constitué de la vente de tickets de consultation, de pansement, d'hospitalisation, de planning familial, de frais de laboratoire.
- ✓ **Médicaments essentiels génériques (MEG)** : il s'agit d'achat de médicaments dit IB pour lesquels nous le verrons un peu plus loin, le système d'approvisionnement n'est pas aisé.
- ✓ **Indemnité** : il s'agit des indemnités versées aux agents (vendeurs de tickets et dépositaires) mais qui font des fois office de salaires.
- ✓ **Outils de gestion** : les outils de gestion concernent en général la papeterie (cahiers, registres, stylos, encre ...)
- ✓ **Autres coûts** : les autres coûts constituent la rubrique qui contient le plus grand nombre d'éléments. On peut citer les investissements, réparation, l'entretien des locaux, frais d'électricité et d'eau, frais bancaires, carburant ou transport, caisse de solidarité....

**Tableau 8: Dépenses et recettes des structures**

Période	DÉPENSES				Total	RECETTES
	MEG	Indemnité	Outils de gestion	Autres coûts		Recouvrement
Avant gratuite						
2013	10015299	5818750	1042958	12226025	29103032	33907875
Après gratuite						
2014	8239523	7160496	1239667	20131156	36770842	33485447
2015	12876730	8591000	1445070	12819369	35732169	31593606
2016	9634913	5765424	1281011	11027837	27709185	28076910
2017	8576162	5251720	1378845	9318986	29430859	24469154

**Source** : l'auteur

**Graphique 2 : Dépenses et recettes avant et après les gratuités de soins**



**Source** : l'auteur

Ce graphique montre une évolution des dépenses et des recettes avant l'avènement de la gratuité et celle d'après la gratuité. A la lecture nous constatons que les dépenses avant la gratuité étaient moins élevées que les recettes avant la gratuité. Par la suite, les tendances se sont inversées. Les dépenses deviennent de plus en plus élevées que les recettes de 2014 à 2015, pour se niveler vers 2016, pour ensuite continuer en 2017. Toutefois, il est à noter que la gratuité des soins n'est pas seulement la seule justification de la variation des courbes.

## I.4. Effets du retard de remboursement sur l'approvisionnement en médicaments

### I.4.1. Le système d'approvisionnement

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) dispose de deux vagues de produits établies sur la base de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME), appelées : « vague 1 » (voir annexe et « vague 2 ». L'approvisionnement en médicaments des produits de chaque vague se fait par roulement et ce, tous les deux mois à partir de l'expression des besoins du District.

Les médicaments sont commandés chaque mois par le pharmacien ou dépositaire du District Centre, en fonction de la vague de produits à livrer et des besoins de ses structures. L'acquisition des produits se fait donc à partir de la quantification. Ainsi, selon l'OMS, il existe deux méthodes de quantification. Il s'agit de la méthode basée sur la morbidité et la méthode basée sur la consommation.<sup>45</sup> Il faut adjoindre une troisième aux deux méthodes de l'OMS, celle basée sur la consommation ajustée. Elle utilise les données d'un système déjà existant pour extrapoler les besoins d'un nouveau système.

Le District Sanitaire Centre, pour l'acquisition des produits a retenu la méthode basée sur la consommation. Il s'agit de calculer la Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) qu'on multiplie par le stock maximum qui est de deux mois duquel on soustrait le Stock de Médicaments Disponible et Utilisable (SDU).

$$CMM = \frac{\text{Somme des consommations des 3 derniers mois}}{3}$$

$$\text{Quantité à commander} = (CMM * \text{Stock Max}) - \text{SDU}$$

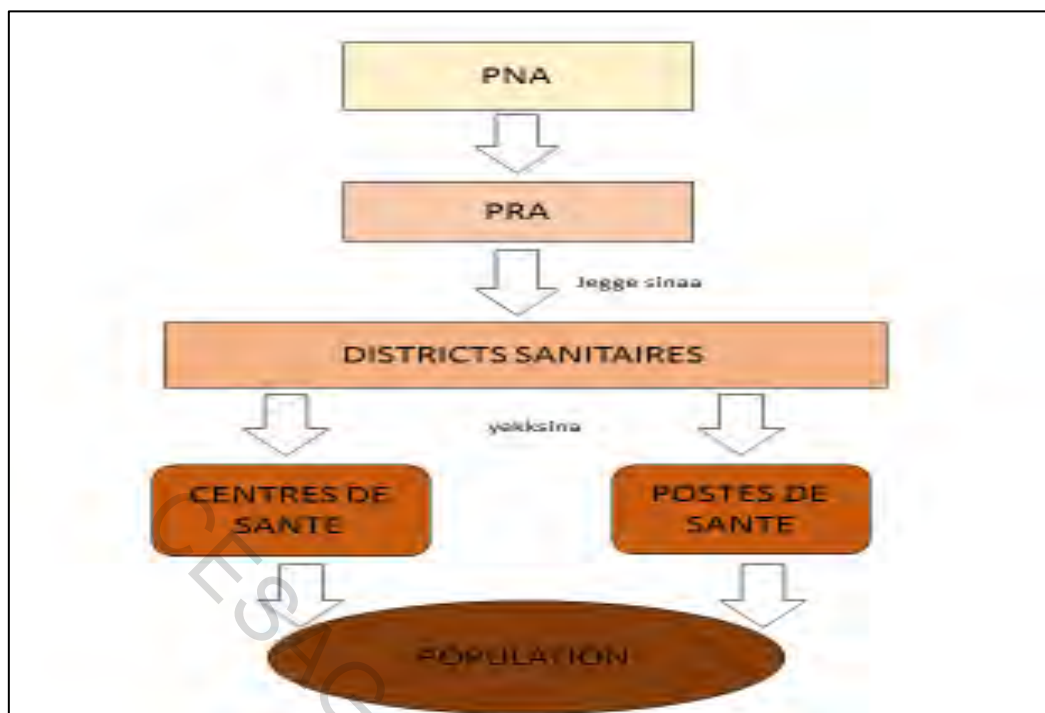
Avec Stock Max = 2 mois et le stock Min = 1 mois.

Par la suite le district se charge de la distribution, par le biais de l'opérateur privé, au niveau de toutes les structures sanitaires publiques (centre de santé, poste de santé).

---

<sup>45</sup> OMS, 1988c, Estimation Drug Requirements : A Pratical Manuel, p.37, traduit pour le séminaire d'Antsirabé (Madagascar, mars 1988) sur la quantification des besoins en médicaments essentiels. Comment estimer les besoins en médicaments ? p. 72.

**Figure 7 : Circuit d’approvisionnement en médicament**



**Source** : <http://www.pna.sn/circuit.php>

#### I.4.2. La proportion des charges liées à l’achat de médicaments

**Tableau 9: Proportion de la charge des médicaments dans les dépenses**

Période	Dépenses				Total
	MEG	Indemnité	Outils de gestion	Autres coûts	
Avant gratuite					
2013	34%	20%	4%	42%	100%
Après gratuité					
2014	23%	19%	3%	55%	100%
2015	36%	24%	4%	36%	100%
2016	35%	21%	5%	39%	100%
2017	35%	21%	6%	38%	100%
Moyenne	32%	21%	5%	42%	100%

**Source** : l’auteur

A partir des données recueillies dans les rapports financiers des structures de santé, nous avons pu établir un récapitulatif dans ce tableau. Ce récapitulatif nous montre la proportion qu’occupe les frais liés à l’achat des MEG. Ces données seront corroborées par la base de données de la

PNA qui nous dresse une liste des produits destinés aux structures de niveau 1 mais qui sont en rupture.

Sur la base de ces données une vérification a été faite dans les centres et postes de santé que nous avons visités, le constat confirme les ruptures constatées dans la base de données de la PNA. Par ailleurs, ces ruptures sont encore plus accentuées au niveau de ces centres de niveau 1 à cause du mode d'approvisionnement. Au dépouillement de la base de données de la PNA en ce qui concerne les médicaments destinés aux CS et PS, nous constatons une rupture de 34 médicaments sur les 109 qui leur sont destinés. (Voir tableau 10)

**Tableau 10: Liste des médicaments en rupture**

DESIGNATION	PERIODE DE RUPTURE	RUPTURE
CIMETIDINE 400 mg Cp	01/01/2016 au 31 /08/ 2017	609 jours
UBIPROFENE Sp 20mg/ml	01/01/2016 au 31 /08/ 2017	609 jours
FUROSEMIDE Cp 20 mg	15/01/2016 au 31 /08/ 2017	594 jours
DICYNONE 500 mg Cp	01/03/2016 au 31 /08/ 2017	548 jours
VITAMINE B6	06/05/2016 au 31 /08/ 2017	482 jours
PYRIDOXINE inj	01/08/2016 au 31 /08/ 2017	395 jours
MISOPROSTOL	27/08/2016 au 31 /08/2017	369 jours
ACIDE ACETYLSALICILIQUE Cp	01/09/2016 au 31 /08/ 2017	364 jours
PROFENID 100mg/2ml inj	14/09/2016 au 31 /08/ 2017	351 jours
MEBENDAZOLE Cp	14/09/2016 au 31 /08/2017	351 jours
AMOXICILLINE Cp 500 mg	01/10/2016 au 31/08/2017	334 jours
AMOXICILLINE 250 mg susp	14/12/2016 au 31 /08/2017	260 jours
BENZILPENICILLINE 1,2	01/10/2016 au 31/08/2017	334 jours
TOPLEXIL Sirop	13/09/2016 au 31 /08/2017	352 jours
GLIMEPIRIDE Cp	22/10/2016 au 31/08/2017	313 jours
GRISEOFULVINE 500 mg Cp	03/11/2016 au 31/08/2017	301 jours
OTRIVIN	20/01/2017 au 31 /08/2017	223 jours
SULFADOXINE PYRIMETHAMINE	25/01/2017 au 31 /08/2017	218 jours
SEPTYL (bain de bouche)	01/03/2017 au 31 /08/ 2017	183 jours
AMOXICILLINE ACICLAV Cp	04/03/2017 au 31 /08/2017	180 jours
DICLOFENAC 50 MG Cp	28/03/2017 au 31 /08/2017	156 jours
OFLOXACINE 200mg CP	28/03/2017 au 31 /08/2017	156 jours
FUROSEMIDE 40 mg CP	05/04/2017 au 31/08/ 2017	148 jours
OMEPRAZOLE 20 mg	12/04/2017 au 31/08/ 2017	141 jours
METRONIDAZOLE 500 mg ovule	01/05/2017 au 31 /08/2017	122 jours
PERFALGAN 500 mg	01/05/2017 au 31 /08/ 2017	122 jours
TERBINAFINE Cp	03/05/2017 au 31 /08/2017	120 jours
GENTA Collyre	12/05/2017 au 31 /08/2017	111 jours
CARBIMAZOLE	08/06/2017 au 31/08/ 2017	84 jours
AMOX ACIDE CLAV 100 mg Sup	16/06/2017 au 31 /08/2017	76 jours
METRONIDAZOLE Susp	22/06/2017 au 31 /08/2017	70 jours
DEXCHLORPHENIRAMINE Cp	01/07/2017 au 31 /08/2017	61 jours
DEXCHLORPHENIRAMINE Susp	05/07/2017 au 31 /08/2017	57 jours
ALBENDAZOLE 400 mg	04/08/2017 au 31 /08/2017	27 jours

**Source** : base de données PNA

Par ailleurs, sur les 34 produits en rupture prolongée dans la structure, 09 sont des médicaments pédiatriques. Ce sont pour la plupart des produits traceurs, donc de première importance dans la prise en charge des enfants de moins de cinq (5) ans. (Voir tableau 11)

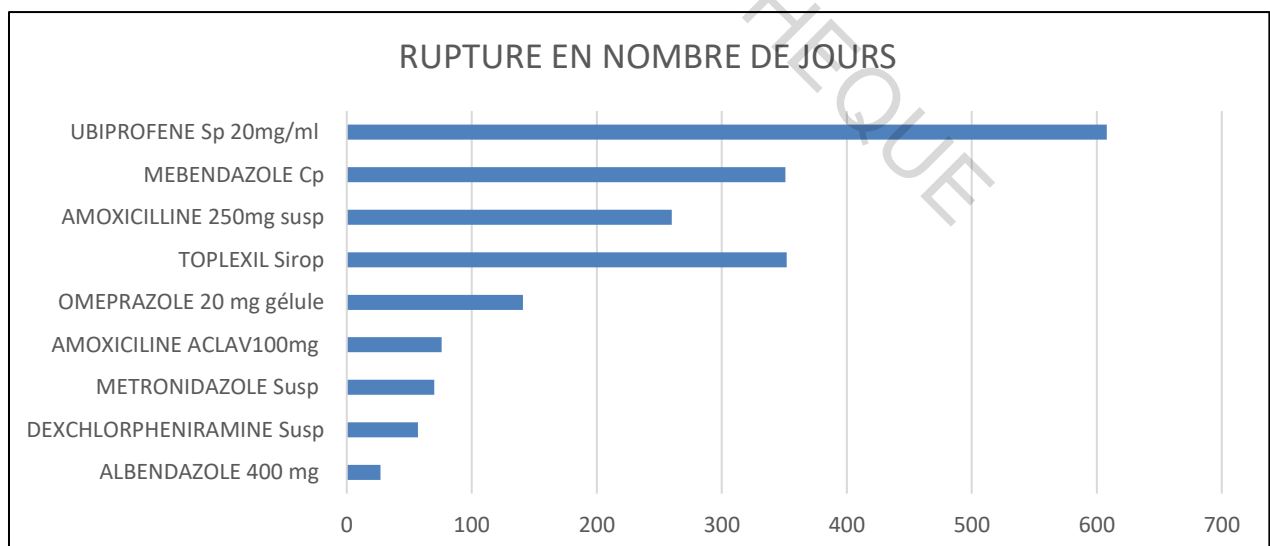
**Tableau 11: Liste des produits pédiatriques**

PRODUITS PEDIATRIQUES	PERIODE DE RUPTURE	RUPTURE
ALBENDAZOLE 400 mg	04/08/2017 au 31/08/2017	27 jours
DEXCHLORPHENIRAMINE Susp	05/07/2017 au 31 /08/2017	57 jours
METRONIDAZOLE Susp	22/06/2017 au 31/08/2017	70 jours
AMOXICILINE ACLAV100mg	16/06/2017 au 31 /08/2017	76 jours
OMEPRAZOLE 20 mg gélule	12/04/2017 au 31/08/ 2017	141 jours
TOPLEXIL Sirop	13/09/2016 au 31 /08/2017	352 jours
AMOXICILLINE 250mg susp	14/12/2016 au 31 /08/2017	260 jours
MEBENDAZOLE Cp	14/09/2016 au 31 /08/2017	351 jours
UBIPROFENE Sp 20mg/ml	01/01/2016 au 31 /08/2017	608 jours

**Source** : base de données PNA

Ainsi, nous constatons que pour les produits concernant la prise en charge des enfants de moins de 5 ans, le minimum est de 27 jours et de 608 jours au maximum. En moyenne, les ruptures de ces molécules durent 216 jours.

**Graphique 3 : Délai de rupture des produits pédiatriques**



**Source** : l'auteur

## **II. ANALYSE DES RESULTATS**

### **II.1. Analyse de la procédure de remboursement**

Le remboursement de la créance constituée par la prise en charge gratuite des enfants de moins de 5 ans paraît assez long pour les responsables des structures.

En effet, en plus de constituer une charge de plus pour les ICP, Sages-femmes et Major, les factures liées à la prise en charge gratuite des enfants de moins 5 ans empruntent un circuit assez long. Il faut aussi signaler les cas de non-conformité de calculs ou de documents attestant de la prise en charge réelle, pour lesquels il y'a retour des factures pour correction. Nous avons aussi constaté des cas où les factures ne sont pas payées intégralement, mais sans motif laissant les responsables de structures sans explication réelle pour améliorer leur mode de calculs et une meilleure compilation des dossiers malades (patients).

### **II.2. Analyse des difficultés financières des structures de santé**

Les difficultés que connaissent les structures de santé, se traduisent en termes de renouvellement du matériel et aussi du personnel.

#### **II.2.1 Les difficultés liées au renouvellement du matériel**

La gestion du centre ou du poste de santé incombe à ses responsables (ICP et comité de santé). Ainsi, l'achat, du matériels et produits d'hygiène, d'outils de gestion<sup>46</sup>, sont à la charge de la structure. Quand on sait que les structures de santé du niveau de notre cadre d'étude, ont environ 60% (voire plus) de leurs patients qui entre dans la politique de gratuité, et que le remboursement des frais liés à cette gratuité tarde à être effectué ou ne l'est jamais, pour certaines créances, il va se poser alors le problème de fonds pour assurer le renouvellement de ces produit et outils. Par ailleurs il est fait obligation aux structures de prioriser la disponibilité des produits pharmaceutiques relevant de la gratuité de soins. Ce paradoxe fait que les responsables sont confrontés à un gros dilemme quant au choix des dépenses. Ce qui est à la base de l'état peu reluisant de certaines de nos structures.

---

<sup>46</sup> Outils de gestion : la papeterie, l'encre, stylo...



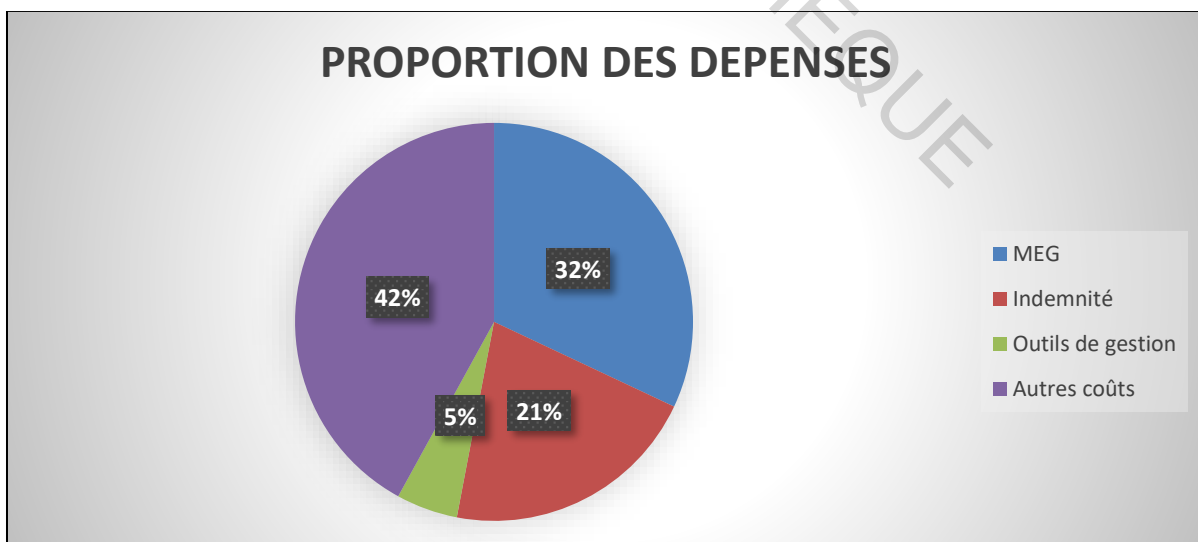
## II.2.2 Les difficultés liées au personnel

Le personnel de santé est en majorité pris en charge par la structure. En effet, il arrive des fois de constater qu'à l'exception des ICP et/ou Sage-femme qui sont affecté par le gouvernement, donc à sa charge, tout le reste du personnel soignant est à la charge, des structures de santé. Ce personnel est constitué de vendeurs de tickets, de dépositaires, agents de nettoyage....

L'autre aspect de cette problématique est lié à l'affluence des patients suite à la gratuité. Même si nous ne voulons pas aborder la charge de travail suite à la gratuité des soins, il est important de relever que les centres de santé sont confrontés à un problème réel de personnel. Ce qui les pousse à nouer des contrats de prestation avec des professionnels de santé. Il est arrivé de constater que ces professionnels, qui effectuent parfois le même travail que les ICP ou sages-femmes sont payés entre 20 000 frs CFA et 40 000 frs CFA. Le montant qui leur est versé ne constitue pas réellement une source de motivation et la conséquence est le départ précipité de ces agents. Ce départ est d'autant plus compréhensible car ces personnes passent toute leur journée au sein de la structure, donc n'ayant aucune autre activité source de revenus. Ainsi les centres se trouvent dans un cycle de turn over ou pis, en sous-effectif.

## II.3 Analyse des liens entre retard de remboursement et ruptures en médicaments.

Graphique 4 : Proportion des charges des médicaments dans les dépenses



**Source :** l'auteur

Après analyse des dépenses qu'effectuent les structures de santé, nous constatons que celles liées à l'achat des « MEG » représentent la deuxième après celle des « autres coûts » qui est constitué de plusieurs intitulés. Suite au circuit d'approvisionnement en MEG susmentionné, il est important de préciser le mode direct en livraison aux centres et postes de santé. En effet, les produits sont acheminés par vague. Ainsi, existe-t-il deux pour l'approvisionnement (vague 1 et vague 2) (**voir annexe 7**). Cependant, la première vague, est essentiellement composée de produits pédiatriques, donc liée à la prise en charge gratuite des enfants de moins de 5 ans, ce qui induit une sortie rapide de ces produits.

Concernant le mode de règlement, la structure dispose d'un délai de 2 mois après mise à disposition des produits pour faire le règlement. C'est à ce niveau que se pose la plus grande équation. Les factures adressées à l'ACMU sont en grande partie composées des MEG donnés aux enfants de moins de 5 ans. Mais ces factures mettent en moyenne 180 jours pour être payées. Ce qui ne facilite pas le renouvellement des stocks. Nous avons pu noter que les factures de l'année 2017 (**voir annexe 8**) adressées à l'ACMU ne sont pas encore réglées jusqu'à présent.

## CHAPITRE II : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

La discussion et les recommandations seront traitées dans ce dernier chapitre

### I. DISCUSSION

Notre étude est une contribution à l'effort de nos gouvernants dans la mise en œuvre de la CMU. Après analyse de tous nos résultats nous constatons effectivement plusieurs goulots d'étranglement qui peuvent entraver la mise en œuvre effective de cette politique.

Les retards de remboursement des frais liés à la prise en charge des enfants de moins de 5 ans, sont réels, d'autant plus que notre étude a révélé des retards d'environ 180 jours en moyenne. Ce constat est appuyé par le gap constaté de 79% du montant estimé pour la CMU seulement pour l'année 2016. En effet, selon le directeur de la Planification, des études, du suivi-évaluation de l'ACMU, sur un budget de 60 milliards de FCFA, l'Agence n'a réussi à décrocher, cette année 2016, qu'environ 13 milliards. D'où un écart important à combler pour la pérennité de l'initiative. C'est le cas aussi d'une étude menée au Niger sur la gratuité des soins en mars 2010 par J.P. Olivier de Sardan et al. Ces auteurs ont relevé les différents chainons qui rendent difficile le remboursement. Ils découvrent que la mesure de gratuité a été prise sans tenir compte de deux éléments qu'on pourrait considérer comme indispensables pour tout changement de politique publique de santé de cette ampleur.

En effet,

- Aucun budget n'était prévu pour financer cette mesure ; or, le coût de ces remboursements par l'Etat représente près de 7 milliards FCFA par an ;
- Ni les personnels de santé ni les COGES (représentants des populations gérant au niveau des formations sanitaires les fonds générés par le recouvrement des coûts) n'ont été associés à ce changement de politique.

Les difficultés de recouvrement sont liées en majeure partie au fait que l'Etat est le seul à payer cette créance. Lorsque nous proposons un renforcement des partenariats avec les mutuelles,

nous sommes en synergie avec le directeur de l'Assurance maladie au niveau de l'ACMU. En effet, selon M. Mamadou Mbaye, les composantes de la CMU sont les mutuelles de santé<sup>47</sup>.

Par ailleurs, la persistance de ces retards, peut à la longue avoir des incidences sur d'autres déterminants en demande de soins, notamment la qualité même du service fourni. Même si nous ne l'avons pas abordé dans le cadre de notre étude, cet aspect mérite une attention. Dans de précédentes études<sup>48</sup>, il a été démontré que la gratuité des soins ne détériore pas la qualité des soins, mais sans aborder le cas de retard de remboursement des frais liés à la prise en charge. Notre appréhension rencontre celle de Ridde V. et al. En effet, dans l'étude parue en 2010, une enquête a été menée dans environ 15 pays dont le Sénégal pour analyser l'effet de la gratuité sur la qualité de soins. Les auteurs ne rapportent pas d'amélioration de la qualité des soins, sauf pour le Ghana lorsque les fonds étaient disponibles.

C'est dans ce sens que pour améliorer la gouvernance et la qualité des services dans les formations sanitaires, il serait nécessaire de mettre en place, en collaboration avec la société civile, des mécanismes d'évaluation de la satisfaction des usagers. Ces mécanismes feront l'objet de rapports périodiques soumis à l'autorité compétente et discutés par tous les acteurs concernés par la gestion des structures. La qualité des services témoigne de la dynamique d'un système de santé qui, au-delà des besoins quantitatifs à couvrir et des normes à respecter, cherche à répondre aux besoins de qualité, qui vont bien plus loin que l'atteinte de ces normes, (TOURE L. 2015).

L'impact négatif des retards de remboursement sur l'approvisionnement en médicament occasionnant donc des ruptures est aussi constaté par J.P. Olivier de Sardan et al. en 2010 lors d'une étude intitulée « pour une réflexion sur les gratuité des soins au Niger ». Ils remarquent que les usagers ont vite constaté une baisse dans la quantité et la qualité des médicaments délivrés. Par ailleurs Kafando Y. et al. dans « Les retards de remboursements liés à la politique de gratuité des soins au Niger ont des effets néfastes sur la capacité financière des formations sanitaires » en Décembre 2011 ont relevé que la majeure partie des dépenses effectuées par le DS de Dosso concerne l'achat des médicaments essentiels génériques. En effet, En moyenne, 70% des dépenses sont consacrées chaque année à l'achat des médicaments contre 12% en moyenne pour les salaires et les gratifications et cela quelque soit la période. Même si ces

---

<sup>47</sup> <http://www.agencecmu.sn/content/p%C3%A9rennisation-de-la-couverture-maladie-universelle-bient%C3%B4t-un-projet-de-loi-au-conseil-des>

<sup>48</sup> <https://www.oxfamfrance.org/files/idee-recue-ndeg4-quand-soins-sont-gratuits-qualite-est-mauvaise>

statistiques sont au-delà des nôtres (32% pour les MEG et 21% pour les salaires), il faut noter l'importance cruciale de l'achat des médicaments dans les dépenses. Ces résultats d'étude sont une confirmation de notre enquête.

## **II. RECOMMANDATIONS**

### **II.1. Aux districts**

#### **I.1.1. Meilleure connaissance des outils de gestion**

Au vu de l'importance des retours pour corrections des factures, nous recommandons une formation des agents à la maîtrise des outils de gestion, afin de faciliter le mode de calcul et de compilation des données liées à la prise en charge gratuite des enfants de moins de 5 ans. Ceci pour éviter des retards dans le paiement à chaque transmission.

#### **I.1.2. Une meilleure définition des charges des structures de santé**

Limitier les charges des structures de santé, afin de mieux contrôler les dépenses à imputer sur leurs ressources propres.

#### **I.1.3. Tisser des partenariats avec des entreprises et mutuelles**

Renforcer les partenariats avec les entreprises et les mutuelles pour bénéficier des fonds avant le remboursement de l'Etat qui vient tardivement, ce qui pourrait améliorer l'état de la trésorerie des structures.

### **II.2. A l'Etat**

#### **II.2.1. Le financement de la santé**

Augmenter les ressources nationales pour la santé en portant enfin la part du budget dévolu à la santé à 15% (déclaration d'Abuja en 2001). En ce sens, nous recommandons au gouvernement d'élargir les sources de financement de la santé en explorant d'autres sources dites innovantes.

#### **II.2.2. Une revue du paquet de soins dans les PS**

Une augmentation du coût de la prise en charge ou du moins le paquet de soins, car elle contribuerait à une prise en charge complète des enfants de moins de 5 ans dans les PS. Cette initiative contribuera à mieux juguler les références et contre références.

### **II.2.3. Renforcer les partenariats public privé**

Marty et al. (2006,) définissent le partenariat public-privé (PPP) dans leur forme la plus large comme « toutes les formes d'association du secteur public et du secteur privé destinées à mettre en œuvre tout ou partie d'un service public.

Le PPP est un accord par lequel une autorité publique fait appel à des prestataires privés pour financer et gérer un équipement assurant ou contribuant au service public. Le partenaire privé reçoit en contrepartie un paiement du partenaire public et/ou des usagers du service qu'il gère.

### **II.2.4. Création d'un fonds spécial CMU**

Comme dans le cas de plusieurs autres programmes, nous recommandons, la création d'un fonds spécial, géré indépendamment du mode classique de financement de la santé.

### **II.2.5. Le circuit de remboursement des frais liés à la gratuité**

Revoir certaines étapes du circuit de remboursement, voire faire certaines vérifications a posteriori.

### **II.2.6. L'approvisionnement en produits pharmaceutiques**

Les produits pharmaceutiques doivent être mis à la disposition des structures et faire un suivi qui est à dissocier du circuit classique de remboursement

## CONCLUSION GENERALE

L'appropriation par l'opinion des mesures d'exemption rencontre des freins structurels, qui relèvent autant du contexte dans lequel ces politiques prennent place (notamment l'ancrage fort de la nécessité perçue du paiement et la persistance des pratiques informelles dans l'espoir d'améliorer la qualité des prestations) que des conditions mêmes d'émergence et de mise en œuvre des politiques publiques.

La rupture avec le système construit sur l'Initiative de Bamako a constitué un mouvement « à rebours » relativement brusque, au plan non seulement de l'évolution des normes et des pratiques médicales, mais aussi du discours idéologique sur le rôle de l'État et du citoyen. Par ailleurs, ces mesures ont été imparfaitement définies et imparfaitement communiquées, dans leur esprit comme dans leurs contours ; elles ont été aussi imparfaitement mises en œuvre, devenant ainsi porteuses de frustrations et de tensions.

Par ailleurs, ces mesures insécurisent les professionnels de santé et déstabilisent les usagers, qui n'ont pas une vision claire des enjeux et des conditions de mise en œuvre des exemptions, dans un contexte où les relations « État-corps médical-usagers » sont empreintes de méfiance et de suspicion. Si la politique de recouvrement des coûts a favorisé la disponibilité des médicaments au détriment de l'équité, les politiques de gratuité améliorent l'accessibilité aux soins au détriment de la qualité perçue. Elles révèlent, et quelquefois aggravent, les dysfonctionnements du système de santé (déficit de contrôle et de supervision, gestion peu rationnelle des ressources humaines).

Ainsi, notre étude a effectivement permis de faire un certain nombre de constats qui font partie de nos objectifs de départ. Il s'agit :

- ❖ De la longueur du circuit de remboursement des frais liés à la gratuité ;
- ❖ Des réelles difficultés financières auxquelles sont confrontées les structures sanitaires ;
- ❖ Mais aussi, que ces retards ont effectivement des effets sur l'approvisionnement en produits pharmaceutiques.

On peut se demander en conséquence si l'État n'est pas confronté à une double priorité : d'une part, le renforcement du système de santé, d'autre part, la recherche de combinaisons entre diverses formes de financements permettant d'aller vers une couverture universelle (assurance médicale obligatoire, régime d'assistance médicale, fonds d'appui, mutuelles), qui peuvent

œuvrer à la défense de la qualité des soins, et dans lesquelles les politiques de gratuité doivent à terme s'enrichir<sup>49</sup>.

L'impérieuse nécessité est de rendre disponibles les médicaments pédiatriques<sup>50</sup> si nous voulons atteindre l'objectif 4 du millénaire pour le développement, qui a pour but de réduire de 2/3 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

La gratuité ciblée qui doit conduire à la couverture totale de toute la population ne devra pas sacrifier la qualité du service.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

---

<sup>49</sup>Touré L., 2012/3 (n° 243), p. 49-63. DOI 10.3917/afco.243.0049

<sup>50</sup> [https://www.ucad.sn/files/edsev\\_PapaGallo\\_SOW.pdf](https://www.ucad.sn/files/edsev_PapaGallo_SOW.pdf)



## BIBLIOGRAPHIE

1. Audibert M, Mathonnat J et Roodenbeke E.(2003a), Évolutions et nouvelles orientations pour le financement de la santé dans les pays en développement à faible revenu,*Santé*, Vol.13(4) : 209-214.
2. Bergamaschi, I, Diabaté A et Paul E. (2007), L'agenda de Paris pour l'efficacité de l'aide, *Afrique contemporaine*, Vol. 219(3) : 223-224.
3. Bräutigam,D. A et Knack S. (2004), Foreign Aid, Institutions, and Governance in Sub-Saharan Africa, *Economic development and cultural change*, Vol.52 (2), 255-285.
4. Code de nationalité du Sénégal
5. De Herdt T et D'Exelle B. (2007), La vulnérabilité vis-à -vis d'autres personnes: leçons pour les interventions contre la pauvreté, *Mondes en développement*, Vol.140(4) :101-114.
6. De La Rocque M. (1996), Équité et exclusions des services de santé. De la recherche à l'action, l'expérience d'une ONG, *Santé*, Vol.6(6) :341-344.
7. De Sardan J. P. O et Ridde V. (2012), L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. Les contradictions des politiques publiques, *Afrique contemporaine*, 243 :11-32.
8. De Sardan J.P.O, Ridde V. (2011), Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger), Études et travaux du LASDEL, n° 89.
9. Delville P. L. (2012), Affronter l'incertitude? *Revue Tiers Monde*, Vol.211(3) :153-168.
10. Delville P. L. (2013), « Déclaration de Paris » et dépendance à l'aide: éclairages nigériens, *Politique Africaine*, Vol.129(1)135-155.
11. Diarra, A. (2012), Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger, *Afrique contemporaine*, Vol.243(3) :77-93.
12. Dictionnaire Larousse, édition 2006
13. Dujardin B. (1987), L'aide internationale et les problèmes de santé en Afrique, l'offre correspond-t-elle aux besoins ? *Politique Africaine*, Vol.28 :65-80.
14. Dumoulin Jet Kaddar M. (1993), Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne : rationalité économique et autres questions subséquentes, *Sciences sociales et santé*, Vol.11(2) :81-119.

15. Kafando Y. et Ridde V. (2010), Les ressources financières des comités de gestion du Burkina Faso peuvent améliorer l'équité d'accès au système de santé, *Cahiers Santé* Vol. 20(3):153-161.
16. Kafando Y., Mazou B., Kouanda S., Ridde V., (2011), « Les retards de remboursements liés à la politique de gratuité des soins au Niger ont des effets néfastes sur la capacité financière des formations sanitaires », *Études et travaux du LASDEL*, n° 99.
17. Ly A, Ridde V, Kouanda S et Queuille L. (2013b), La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger, *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, Vol.106(4) :264-271.
18. Manuel de procédures de gestion des initiatives de gratuité au Sénégal– juin 2017
19. Marty F, Voisin A et Trosa S. (2006): *Les partenariats public-privé*, Edition La découverte, 86 pages.
20. Ministère de la santé (2012), Etude de faisabilité de l'exemption du paiement direct des soins curatifs chez les enfants de moins de 5 ans au Burkina Faso, rapport final. Burkina Faso.
21. Noirhomme M et Thomé J. (2006), Les fonds d'équité, une stratégie pour améliorer l'accès aux soins des plus pauvres en Afrique? Dans Dussault G, Letourmy A et Fournier P, *L'Assurance maladie en Afrique francophone* (p. 432-451). Washington: World Bank, 2006.
22. Ousséini A. (2011b), Exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants de moins de cinq ans. Mise en œuvre dans la région sanitaire de Dosso, *Études et travaux du LASDEL*, n° 92.
23. Ousseini A.(2011a), Une politique publique de santé au Niger : La mise en place d'exemption de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants, *Études et Travaux du LASDEL* n°91, Niamey, LASDEL
24. Pasquier L, Levallée E, Olivier A et Robilliard A. (2009), Cibler les politiques de lutte contre la pauvreté dans les pays en développement? Un bilan des expériences, *Revue d'économie du développement*, Vol.23(3).
25. Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 du Sénégal
26. Poupart J. (1997), L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans Poullier J, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-209), Montréal: Gaëtan Morin.

27. Ridde V et Jacob J. (2013), *Les indigents et les politiques de santé en Afrique: expériences et enjeux conceptuels*, Louvain-La-Neuve, Belgique: Editions Academia.
28. Ridde V et Morestin, F. (2009), Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique, Montréal. <http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>;
29. Ridde V, Diarra, A, Heinmuller R et Mahaman M. (2009), *Analyse de la mise en œuvre et des effets sur l'utilisation des services de l'exemption du paiement direct. Districts de Keïta et Abalak- Niger*, Paris: Médecins du Monde – France, 89 pages.
30. Ridde V, Robert E et Meessen B.(2010), Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé, *World Health Report*, Background Paper, No 18.
31. Ridde V. (2012), L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues, Montréal, Presses de l'université de Montréal.
32. Samb O. M et Ridde V. (2012), Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso ? L'implication des populations dans la sélection des bénéficiaires, *Afrique contemporaine*, (243): 33-48.
33. Touré L. (2012), La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ? Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali, *Afrique contemporaine*, (243) : 49-63. DOI 10.3917/afco.243.0049
34. Yaogo M, Zerbo R et Ridde V. (2012), L'histoire de la gratuité des soins de santé au Burkina Faso, rapport de recherche, programme Gratuité, *AFRICsanté*, Bobo-Dioulasso.
35. Yaya H. S et Bonnet P. (2009), Le concept d'accessibilité en santé et son articulation dans la réalité sanitaire en Afrique: une perspective critique. Dans Yaya H.S, le défi de l'équité et de l'accessibilité en santé dans le Tiers-Monde: entre droit fondamental, justice sociale et logique marchande. Québec: Les presses de l'université Laval.

## WEBOGRAPHIE

1. [http://a141.idata.over-blog.com/600x408/2/90/01/56/DIVERS/CARTE\\_DISTRICTS.png](http://a141.idata.over-blog.com/600x408/2/90/01/56/DIVERS/CARTE_DISTRICTS.png)
2. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16193f/s16193f.pdf>
3. <http://countrymeters.info/en/Senegal/>
4. [http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/214/028/RUG01-002214028\\_2015\\_0001\\_AC.pdf](http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/214/028/RUG01-002214028_2015_0001_AC.pdf)
5. <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com>
6. <http://www.agencecmu.sn/content/p%C3%A9rennisation-de-la-couverture-maladie-universelle-bient%C3%B4t-un-projet-de-loi-au-conseil-des>
7. <http://www.ansd.sn/ressources/publications/7-%20mortalite.pdf>
8. <http://www.ansd.sn/ressources/RGPHAE-2013/ressources/doc/pdf/8.pdf>
9. [http://www.ansd.sn/ressources/ses/SES\\_2014-fin.pdf](http://www.ansd.sn/ressources/ses/SES_2014-fin.pdf)
10. [http://www.fanaf.com/file/upload/20150625\\_Mbengue.pdf](http://www.fanaf.com/file/upload/20150625_Mbengue.pdf)
11. <http://www.jeuneafrique.com/149402/societe/s-n-gal-soins-de-sant-gratuits-pour-les-moins-de-5-ans-en-octobre/>
12. [http://www.jle.com/e-docs/00/03/5B/F2/texte\\_alt\\_fig1.jpg](http://www.jle.com/e-docs/00/03/5B/F2/texte_alt_fig1.jpg)
13. [http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/pdf/29383.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/29383.pdf)
14. [http://www.seneweb.com/news/Sante/cmu-6-000-femmes-beneficiaires-de-la-gra\\_n\\_135928.html](http://www.seneweb.com/news/Sante/cmu-6-000-femmes-beneficiaires-de-la-gra_n_135928.html)
15. [http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/fr/](http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/)
16. <https://core.ac.uk/download/pdf/59612528.pdf>
17. <https://factsreports.revues.org/1758>
18. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Soin\\_infirmier](https://fr.wikipedia.org/wiki/Soin_infirmier)
19. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11925/Samb\\_Oumar\\_2014\\_These.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/11925/Samb_Oumar_2014_These.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
20. [https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/goal4\\_fr.pdf](https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/goal4_fr.pdf)
21. <https://www.google.sn/search?q=la+direction+du+district+sanitaire+centre+de+dakar>
22. <https://www.sec.gouv.sn/Couverture-Maladie-Universelle-CMU.html>
23. [https://www.ucad.sn/files/edsev\\_PapaGallo\\_SOW.pdf](https://www.ucad.sn/files/edsev_PapaGallo_SOW.pdf)
24. [https://www.unicef.org/french/infobycountry/senegal\\_statistics.html](https://www.unicef.org/french/infobycountry/senegal_statistics.html)

**ANNEXES**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1: Questionnaire d'enquête

<b>Fiche d'enquête adressée aux structures</b>	
<i>Septembre 2017-Janvier 2018 - Memoire de fin d'étude</i>	
<b>disponibilité des medocs</b>	
1. quel est le mode d'approvisionnement en médicaments? <input type="radio"/> 1. depot-vente <input type="radio"/> 2. prépayé	3. les médicaments sont ils en quantité suffisante? <input type="radio"/> 1.1 <input type="radio"/> 2.0
2. quelles les différentes étapes de l'approvisionnement? <input type="radio"/> 1. simples <input type="radio"/> 2. complexes	
<b>le personnel hospitalier</b>	
4. combien de type de personnel avez-vous? <input type="radio"/> 1.1 <input type="radio"/> 2.2 <input type="radio"/> 3.3 <input type="radio"/> 4.4 <input type="radio"/> 5.5	15. Si 'factures non conformes', précisez : <input type="text"/>
5. êtes vous en nombre suffisant? <input type="radio"/> 1.1 <input type="radio"/> 2.0	16. quel est le mode de repartition des montant alloués au titre de remboursement des frais kde prises en charges? <input type="text"/>
6. quelle est la charge de travail selon vous? <input type="radio"/> 1. moindre <input type="radio"/> 2. normal <input type="radio"/> 3. élevée	17. y'a-t-il des ajustements pour favoriser d'autres structures en difficultés? <input type="radio"/> 1. non <input type="radio"/> 2. oui
7. comment trouvez-vous l'hygiène environnemental de votre structure <input type="radio"/> 1. mauvaise <input type="radio"/> 2. acceptable <input type="radio"/> 3. bonne <input type="radio"/> 4. tres bonne	18. Si 'oui', précisez : <input type="text"/>
8. quelles sont les prestations que vous offrez dans votre structure? <input type="radio"/> 1.1 <input type="radio"/> 2.0	19. quelle est la capacité financière des coges? <input type="text"/>
9. faites vous des references ou des contre reference? <input type="radio"/> 1. oui <input type="radio"/> 2. non	20. quelle est votre systeme de rectle et de dépenses? <input type="text"/>
10. por quelle raisons faites vous les references et contre reference? <input type="checkbox"/> 1. cas graves <input type="checkbox"/> 2. absences de personnel <input type="checkbox"/> 3. manque de materiel <i>Vous pouvez cocher plusieurs cases.</i>	21. pouvez-vous faire une estimation des médicaments services dans votre centre et les prescription en officines privées? <input type="checkbox"/> 1. non <input type="checkbox"/> 2. oui <i>Vous pouvez cocher plusieurs cases.</i>
11. Si 'manque de materiel', précisez : <input type="text"/>	22. Si 'oui', précisez : <input type="text"/>
12. disposez vous de laboratoire? <input type="radio"/> 1.1 <input type="radio"/> 2.0	23. comment trouvez le niveau de votre comptabilité avant la gratuité et actuellement <input type="radio"/> 1. mauvais <input type="radio"/> 2. acceptable <input type="radio"/> 3. bon
13. comment trouvez vous le delais de remboursement? <input type="radio"/> 1. acceptable <input type="radio"/> 2. long <input type="radio"/> 3. tres long	
14. quelle sont les raisons qui selon vous occasionnent ce retard? <input type="checkbox"/> 1. bureaucratie <input type="checkbox"/> 2. factures non conformes <i>Vous pouvez cocher plusieurs cases.</i>	

Annexe 2 : Situation globale des PEC au niveau poste santé

*Entête de la structure de santé* Fait à ..... , le *jour/mois/année*

**SITUATION GLOBALE DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU POSTE DE SANTE**

N° : ..... / Période : *mois / année*

N° Ordre	Date	Prénoms et Nom	Age (mois)	Sexe (M/F)	Source d'identification	N° d'ordre registre CPC	N° d'ordre registre PEV	N° d'enreg. pharmacie IB	Montant		COUT TOTAL
									Forfait (cons. et médic) 1.400 F	Ticket Vaccin. 100 F	
1											
2											
3											
...											
Sous total (par page)											
TOTAL GENERAL											

Arrêtée la présente facture à la somme de .....

L'Infirmier Chef de poste

Page ... / ...

Annexe 3: Situation globale des PEC des enfants de moins de 5 ans au niveau District

*Entête de la structure de santé* Fait à ..... , le *jour/mois/année*

**SITUATION GLOBALE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS AU NIVEAU DISTRICT**

N° : ..... / Période : *mois / année*

N° ordre	Date de transmission du rapport	Structure	PRESTATIONS						Montant total	
			Prise en charge (Cons., Médi., Hospit.)			Vaccination				Nb. de cas hospitalisation
			Nb. cas	Tarif Unit	Montant	Nb. cas	Tarif Unit	Montant		
1										
2										
3										
...										
Sous total (par page)										
TOTAL GENERAL										

Le Médecin chef de District

Page ... / ...

Annexe 4: Situation globale des PEC des enfants de moins de 5 ans au niveau régional

*Entête de la structure de santé* Fait à ..... , le jour/mois/année

**SITUATION GLOBALE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS AU NIVEAU REGIONAL**

N° : ..... / Période : mois / année

N° ordre	Date de transmission du rapport	District / EPS	PRESTATIONS						Montant total	
			Prise en charge			Vaccination				Nb. de cas d'hospitalisation.
			Nb. cas	Tarif Unit	Montant	Nb. cas	Tarif Unit	Montant		
1										
2										
3										
...										
Sous total (par page)										
TOTAL GENERAL										

Le Médecin chef de Région

Page /



Annexe 5: Décharge de paiement CMU

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale  
Région Médicale de Dakar  
District Sanitaire Centre

Dakar, le 12. Juin 2017

### DECHARGE

Nous, soussigné(e)  
Mr/Mme Abdye Guibane Sory  
Fonction ICP  
N° Carte d'identité nationale 367 13112  
Mr/Mme Nolaga Eloupe  
Fonction Président Comité de Santé Éliguiss  
N° Carte d'identité nationale 121 312 0123  
Certifions avoir reçu des mains de Mr/Mme Santo  
Fonction Gestionnaire Centre de Santé  
de l'argent en chèque dont le montant est de (en chiffres) 334.600 fcs  
(en lettre) trois cent trente quatre mille six cent francs

Représentant les frais de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans le cadre de la Couverture Médicale Universelle pour les mois suivants:

- Novembre 2016
- Décembre 2016

En foi de quoi la présente décharge est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

ICP/MAJOR [Signature]  
Visa Gestionnaire du District

Président comité Santé [Signature]  
Visa Médecin-chef du District

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale  
Région Médicale de Dakar  
District Sanitaire Centre

Dakar, le 12/07/2017

### DECHARGE

Nous, soussigné(e)  
Mr/Mme ISRAHIMA DIARR  
Fonction Président Comité Santé  
N° Carte d'identité nationale 1756 1974 0000  
Mr/Mme El Hadj Oumar Sow  
Fonction ICP  
N° Carte d'identité nationale \_\_\_\_\_  
Certifions avoir reçu des mains de Mr/Mme Docteur Amadou FATIHA  
Fonction Restaurateur - DS Centre  
de l'argent en chèque dont le montant est de (en chiffres) 364.000 F  
(en lettre) trois cent soixante quatre mille francs cfa

Représentant les frais de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans le cadre de la Couverture Médicale Universelle pour les mois suivants:

- Novembre 2016
- Décembre 2016

En foi de quoi la présente décharge est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

ICP/MAJOR [Signature]  
Visa Gestionnaire du District

Président comité Santé [Signature]  
Visa Médecin-chef du District

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale  
Région Médicale de Dakar  
District Sanitaire Centre

Dakar, le 24/07/2017

### DECHARGE

Nous, soussigné(e)  
Mr/Mme Ndongo SENE  
Fonction Treasurier du C.S. Liberté 2  
N° Carte d'identité nationale 1 548 1950 00639  
Mr/Mme N. Diye Fama MBaye  
Fonction Médecin-chef par Intérim  
N° Carte d'identité nationale 2 649 4976 00264  
Certifions avoir reçu des mains de Mr/Mme Ndongo SENE  
Fonction Comptable DS Centre  
de l'argent en chèque dont le montant est de (en Chiffres) deux cent trente quatre mille cinq cents francs  
(en lettre) deux cent trente quatre mille cinq cents francs  
(234.500)  
Représentant les frais de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans le cadre de la Couverture Médicale Universelle pour les mois suivants:

- Octobre 2016
- Novembre 2016
- Décembre 2016

En foi de quoi la présente décharge est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

ICP/MAJOR  
Ndongo SENE  
Président comité Santé  
Monsieur Ndongo SENE  
Treasurier général  
Centre de Santé Modulaire  
MAMADOU DIOP  
Visa Gestionnaire du District

Visa Médecin-chef du District  
N. Diye Fama MBaye

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale  
Région Médicale de Dakar  
District Sanitaire Centre

Dakar, le 19/07/2017

### DECHARGE

Nous, soussigné(e)  
Mr/Mme Abane Sene  
Fonction Président comité de sante  
N° Carte d'identité nationale 1756 1977 01085  
Mr/Mme Jane Ndiaye  
Fonction ICP  
N° Carte d'identité nationale 2 01 19 79 03 21 0000 1 6  
Certifions avoir reçu des mains de Mr/Mme Abane Sene  
Fonction Comptable DS Centre  
de l'argent en chèque dont le montant est de (en Chiffres) 540.000  
(en lettre) Cinq cent quarante mille francs  
est pour  
Représentant les frais de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans le cadre de la Couverture Médicale Universelle pour les mois suivants:

- Septembre 2016
- Décembre 2016

En foi de quoi la présente décharge est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

ICP/MAJOR  
Jane Ndiaye  
Président comité Santé  
Abane Sene P.C  
Comité de Santé  
Liberté 2  
Le Président A.D.  
Visa Gestionnaire du District

Visa Médecin-chef du District  
N. Diye Fama MBaye

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale  
Région Médicale de Dakar  
District Sanitaire Centre

Dakar, le 13/07/2017

### DECHARGE

Nous, soussigné(e)  
Mr/Mme: Salimata ICP  
Fonction: ICP  
N° Carte d'identité nationale: 2125 1978 00074  
Mr/Mme: Bergeky ICP  
Fonction: ICP  
N° Carte d'identité nationale: 12 12 1952 00044  
Certifions avoir reçu des mains de Mr/Mme Nalhemadou SARR  
Fonction: Restaurateur DS  
de l'argent en cheque dont le montant est de (en Chiffres) Quatre Cent trente neuf mille six cents  
(en lettre) 139.600

Représentant les frais de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans le cadre de la Couverture Médicale Universelle pour les mois suivants:

- Novembre 2016
- Décembre 2016

En foi de quoi la présente décharge est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

ICP/MAJOR: Saïe DIENG  
Président comité Santé: P.O. [Signature]  
Poste de Santé de Derké: Le Trésorier Général Benzekry SARR  
Visa Gestionnaire du District: [Signature]  
Visa Médecin chef du District: [Signature]

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale  
Région Médicale de Dakar  
District Sanitaire Centre

Dakar, le 21/07/2017

### DECHARGE

Nous, soussigné(e)  
Mr/Mme: Aide Igane Titikro  
Fonction: Receveur chef CSGD  
N° Carte d'identité nationale: 2756 1980 02982  
Mr/Mme: Amadou Lamane SALL  
Fonction: Président Comité Santé  
N° Carte d'identité nationale: 1251 1974 01064  
Certifions avoir reçu des mains de Mr/Mme Nalhemadou SARR  
Fonction: Restaurateur DS  
de l'argent en cheque dont le montant est de (en Chiffres) 1.432.000  
(en lettre) Quatre millions quatre cent trente deux mille francs

Représentant les frais de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans le cadre de la Couverture Médicale Universelle pour les mois suivants:

- Octobre 2016
- Novembre 2016
- Décembre 2016

En foi de quoi la présente décharge est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

ICP/MAJOR: [Signature]  
Président Comité Santé: Comité Santé Grand-Dakar  
Visa Gestionnaire du District: [Signature]  
Visa Médecin chef du District: [Signature]  
Centre de Santé de Grand-Dakar: Le Médecin Chef

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale  
Région Médicale de Dakar  
District Sanitaire Centre

Dakar, le 20/07/2017

### DECHARGE

Nous, soussigné(e)  
Mr/Mme Mme Fatte Diallo  
Fonction Medecin chef  
N° Carte d'identité nationale 1 01 1966 1114 000057  
Mr/Mme Cheikh SARR  
Fonction Président Comité de Santé  
N° Carte d'identité nationale 1752 1977 00012  
Certifions avoir reçu des mains de Mr/Mme \_\_\_\_\_  
Fonction \_\_\_\_\_  
de l'argent en chèque dont le montant est de (en Chiffres) 4 072 500  
(en lettre) Quatre mille sept cent dix-sept mille cinq cent francs CFA  
Représentant les frais de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans le cadre de la Couverture Médicale Universelle pour les mois suivants:

- Octobre 2016
- Novembre 2016
- Décembre 2016

En foi de quoi la présente décharge est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

W/M/M/CH TEBECHE Président comité Santé

Visa Gestionnaire du District Visa Médecin-chef du District

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale  
Région Médicale de Dakar  
District Sanitaire Centre

Dakar, le 01/08/2017

### DECHARGE

Nous, soussigné(e)  
Mr/Mme Aminata SARR  
Fonction ICP  
N° Carte d'identité nationale 642 106/C  
Mr/Mme M Diogou Abdoulaye BA  
Fonction Président Comité Haute Libéré 6  
N° Carte d'identité nationale 1548 1940 00009  
Certifions avoir reçu des mains de Mr/Mme Dahmedou SARR  
Fonction Président PS Centre  
de l'argent en chèque dont le montant est de (en Chiffres) 332 000 F  
(en lettre) Trois cent trente deux mille francs CFA  
Représentant les frais de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans le cadre de la Couverture Médicale Universelle pour les mois suivants:

- Novembre 2016
- Décembre 2016

En foi de quoi la présente décharge est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

ICP/MAJOR Président comité Santé

Mme KAMA Aminata SARR   
Serge Fombrun  
Chef de Poste Libéré 6 Visa Médecin-chef du District

Visa Gestionnaire du District

Annexe 6 : Bilan mensuel

Mettre les ressources provenant des tickets de consultation, des examens de laboratoire, de la vente des médicaments essentiels et des hospitalisations etc.

	AU NIVEAU DU CENTRE DE SANTE			
	Caisse Tick.(1)	Caisse Médic (2)	Banque (3)	Total (1+2+3)
Solde antérieur				
<b>RECETTES</b>				
Consult. Adultes				
Consult. enfants malades				
Consult. enfants sains				
Consult. prénatales				
Accouchements				
Planification Familiale				
Hospitalisation				
Laboratoire				
Pansement / Injection				
Médicaments				
Caisse de solidarité				
Autres à préciser				
Versement banque (intérêt)				
<b>TOTAL RECETTES</b>				
<b>DEPENSES</b>				
Médicaments				
Outils gestion				
Indem dépositaire				
Indem Vendeur/Tickets				
Achat gaz				
Elec./Lampe/pétrole				
Frais/achat eau				
Carburant statég. avancée				
Carburant liaison Dist.				
Caisse de solidarité				
Maintenance locaux				
Maintenance frigo				
Maintenance moto				
Frais bancaire				
Investissement				
Autre à préciser				
<b>TOTAL DEPENSES</b>				
Disponible fin du mois				

NB : ne rien écrire dans les cases grisées

Annexe 7: Bon de livraison en médicament par vague

REPUBLIQUE DU SENEGAL  
Un Peuple – Un but – Une foi

MINISTÈRE DE LA SANTE DE L'ACTION SOCIALE  
REGION MEDICALE DE DAKAR  
DISTRICT CENTRE  
Dépôt District

DAKAR LE .....

PRODUITS DE LA VAGUE I

N°	Désignation	Condt	inventaire	N° de lot	Date pérem	Qté enlevé	Qté retourné	Qté distribu	Observ atior
1	ACT (nourisson )	BUISTER DE 3CP						0	
2	ACT ( petit enfants)	BUISTER DE 3CP						0	
3	ACT ( grand enfant)	BUISTER DE 3CP						0	
4	ACT ( adulte)	BUISTER DE 4CP						0	
5	ARTESUNATE 50MG RECTOCAPS							0	
6	ARTESUNATE 200MG RECTOCAPS							0	
7	TDR	UNITE						0	
8	ABENDAZOLE SIROP	FLACON						0	
9	AMOXICILLIN 250 MG CP							0	
10	AMOXICILLIN 250 MG SIROP	FLACON						0	
11	AMOXICILLINE 125 MG SIROP	FLACON						0	
12	AMPICILLINE 1G INJECTABLE	B/50						0	
13	ARTHEMETER INJECT							0	
14	CALCIUM 100 MG							0	
15	CEFIXIME 100 MG SIROP							0	
16	CEFIXIME 40 MG SIROP	FLACON						0	
17	CEFTRIAXONE 1 G INJECT	B/50						0	
18	CEFTRIAXONE 1 G INJECT	B/1						0	
19	DEXAMETHASONE INJECT	B/100						0	
20	DIAZEPAM 10 MG INJECTABLE	B/100						0	
21	EPINEPHRINE 1 MG INJECT	B/10						0	
22	FER SIROP	FLACON						0	
23	GANT DE CHIRURGIE 7/7.5	PAIRE						0	
24	GANT LATEX 7/7.5 NITRIL	B/100						0	
25	GENTAMICIN 40MG INJECT							0	
26	GENTAMICIN 80MG INJECT	B/50						0	

Analyse des effets du retard de remboursement des prestations liées à la gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans sur le fonctionnement des structures de sante : cas du district sanitaire centre de Dakar

27	HYDROCORTISONE 100MG INJ	B/10						0
28	KIT SRO ZINC							0
29	LAME DE BISTOURI N°22	B/100						0
30	MAGNESIUM SULFATE 20% INJ							0
31	MAGNESIUM SULFATE 500 INJ							0
32	MEBENDAZOLE 100 MG SIROP	FLACON						0
33	MEBENDAZOLE 500 MG CP	B/20						0
34	METRONIDAZOLE 500 MG SIROP	FLACON	349					0
35	MISOPROSTOL 200 MG							0
36	NICARDIPINE 10 MG INJECT	B/10						0
37	OXYTOCINE 5 UI AMP INJ	B/10						0
38	PARACETAMOL 1000MG CP	B/400						0
39	PARACETAMOL 120 MGSIROP	FLACON						0
40	PARACETAMOL 1G INJECTABLE	FLACON						0
41	PARACETAMOL 500 MG CP	B/1000						0
42	PHYTOMEDIONE INJECT	B/10						0
43	QUININE 400 MG INJECT	B/100						0
44	RINGER LACTATE	FLACON						0
45	RINGER LACTATE	POCHE						0
46	SODIUM CHLORURE 9%0	FLACON						0
47	SODIUM CHLORURE 9%0	POCHE						0
48	SRO FAIBLE OSMOLARITE	B/50						0
49	SULFADOXINE+PYRIME ( SP)	B/3						0
50	ZINC 20MG CP	B/100						0
51	DIU	UNITE						0
52	JADELLE	UNITE						0
53	DEPO-PROVERA	FLACON						0
54	MICROLUT/OVRETTE	CYCLE						0
55	MICROGYNON/ LOF	CYCLE						0
56	PRESERVATIF MASCULIN	UNITE						0
57	PRESERVATIF FEMININN	UNITE						0
58	CU	B/1						0
59	COLLIER	UNITE						0
60	SAYANA	UNITE						0
	IMPLANON	UNITE						0
								0

**REPUBLIQUE DU SENEGAL**  
 Un Peuple – Un but – Une foi

**MINISTERE DE LA SANTE DE L'ACTION SOCIALE**  
**REGION MEDICALE DE DAKAR**  
**DISTRICT CENTRE**  
 Dépôt District

PRODUITS DE LA VAGUE II

N°	Désignation	Condt		N° de lot	Date pér	Qté enlevé	Qté retourné	Qté distribué	invent finale
1	KIT DEPISTAGE DU VIH								
2	EFAVIRENZ 600 MG CP								
3	TENO+LAMIV+EFAV 600 MG CP								
4	LAMIVUDINE NEV ZIDOVUDINE								
5	NEVIRAPINE 200 MG CP								
6	TENO+LAMIVUDINE 300 MG CP								
7	ZIDOVUDINE LAMIVUDINE CP								
8	ISONIAZIDE 100 MG	B/100							
9	RIFAMPICINE ISONIAZIDE CP								
10	RIFAMPICINE ISONIAZIDE DISP								
11	RIFAMPICINE PYRAZINAMIDE								
12	RIFAMPICINE PYRAZINAMIDE DISP								
13	STREPTOMYCINE 1G INJECT	B/50							
14	AMOXICILLINE 500 MG GEL								
15	AMOXICILLINE 01 MG G CP	B/80							
16	BENZATHINE 2,4 MUI AMP	B/50							
17	DOXYCYCLINE 100 MG GELU	B/100							
18	ERYTHROMYCINE 500 MG CP	B/100							
19	CIPROFLOXACINE 250 MG CP	B/100							
20	CIPROFLOXACINE 500 MG CP	B/100							
21	LIDOCAINE 2%	FLACON							
22	ALUMINIUM MAGNESIUM CP	B/100							
23	METRONIDAZOLE 500 MG PERF	FLACON							



Analyse des effets du retard de remboursement des prestations liées à la gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans sur le fonctionnement des structures de sante : cas du district sanitaire centre de Dakar

24	METRONIDAZOLE 500 MG CP	B/1000								
26	FER+AC FOLIQUE CP	B/1000								
26	NYSTATINE 100 UI CP GYNECO	B/100								
27	PRAZIQUANTEL 600 MG CP	B/1000								
28	METHYLDOPA 250 MG CP	B/100								
29	TETRACYCLINE 1% PDE OPHT	TUBE								
30	POVIDONE IODE DERMIQ	FLACON								
31	POVIDONE IODE GYNECO	FLACON								
32	PHLORGLUCINOL 80 MG CP	B/30								
33	PHLORGLUCINOL 40 MG INJ	B/6								
34	PIECE DE GAZE	UNITE								
35	SPARADRAPS	ROULEAU								
36	LACTULOSE 10 MG SACHET	B/20								
37	CATHETER 22 G (BLEU)	UNITE								
38	PHENOBARBITAL 100 MG CP	B/1000								
39	SERUM ANTIVENIMEUX	FLACON								
40	TRANSFUSEUR	UNITE								
41	COTON HYDROPHILE 1G	ROULEAU								
42	COTON HYDROPHILE 500G	ROULEAU								
43	SOLUTION ANTISEPTIQUEBDB	FLACON								
44	CARBOCYSTEINE 5% AD	FLACON								
45	GLUCOSE 10%	FLACON								
46	GLUCOSE 05%	FLACON								
47	PERFUSEUR	UNITE								
48	SERINGUE 10 ML	UNITE								
49	SERINGUE 5 ML	UNITE								
50	INSULINE 5 ML INJECTABLE	UNITE								
51	NITROGLYCERINE 20 MG CP	B/10								
52	GLUCOSE 5%	POCHE								
53	SOLUTION ANTISEPTI BDB 200ML									

Annexe 8: Situation globale de prise en charge des enfants de moins de 5 ans

REPUBLIQUE DU SENEGAL  
Un Peuple-Un But-Une Foi  
MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE L'ACTION SOCIALE

REGION MEDICALE DE DAKAR

\*\*\*\*\*

DISTRICT SANITAIRE CENTRE

CMU 2017-SITUATION GLOBALE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE 0-5 ANS

SYNTHESE JANVIER- FEVRIER- MARS 2017

N° d'ordre	Date de transmission	Nom de la structure	PRESTATIONS									TOTAL
			Consultations			VACCINATION			Hospitalisations			
			Nombre	Taux forfaitaires	Montant	Nombre	Taux forfaitaires	Montant	Nombre	Taux forfaitaires	Montant	
1		CS Gaspard K	2 337	4 500	10 516 500	104 197	100	10 419 700	0	4 500	0	20 936 200
2		CS Grand Dal	1 458	4 500	6 561 000	38 658	100	3 865 800	0	4 500	0	10 426 800
3		CS HLM	1 138	4 500	5 121 000	29 426	100	2 942 600	0	4 500	0	8 063 600
4		CS Liberté 6	793	4 500	3 568 500	15 646	100	1 564 600	0	4 500	0	5 133 100
5		CS Hann /Me	785	4 500	3 532 500	21 754	100	2 175 400	0	4 500	0	5 707 900
6		CS Hann Mar	1 335	4 500	6 007 500	42 273	100	4 227 300	0	4 500	0	10 234 800
7		PS Fann Hock	227	1 400	317 800	4 097	100	409 700				727 500
8		PS Bourguiba	435	1 400	609 000	24 638	100	2 463 800				3 072 800
9		PS Derklé	612	1 400	856 800	18 488	100	1 848 800				2 705 600
10		PS Liberté 2	560	1 400	784 000	15 918	100	1 591 800				2 375 800
11		PS Liberté 6	465	1 400	651 000	17 445	100	1 744 500				2 395 500
12		PS Georges L	0	1 400	0	0	100	0				0
13		PSHLM	898	1 400	1 257 200	40 037	100	4 003 700				5 260 900
14		PS Hann /Vil	340	1 400	476 000	34 339	100	3 433 900				3 909 900
15		PS Hann /Me	654	1 400	915 600	15 623	100	1 562 300				2 477 900
		TOTAL DISTR	12 037		41 174 400	422 539		42 253 900	0		0	83 428 300

Analyse des effets du retard de remboursement des prestations liées à la gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans sur le fonctionnement des structures de sante : cas du district sanitaire centre de Dakar

REPUBLIQUE DU SENEGAL  
Un Peuple-Un But-Une Foi  
MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE L'ACTION SOCIALE

REGION MEDICALE DE DAKAR

\*\*\*\*\*

DISTRICT SANITAIRE CENTRE

CMU 2017-SITUATION GLOBALE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE 0-5 ANS

SYNTHESE AVRIL- MAI- JUN 2017

N° d'ordre	Date de transmission	Nom de la structure	PRESTATIONS									TOTAL
			Consultations			VACCINATION			Hospitalisations			
			Nombre	Taux forfaitaires	Montant	Nombre	Taux forfaitaires	Montant	Nombre	Taux forfaitaires	Montant	
1	07/08/2017	CS Gaspard K	3 103	4 500	13 963 500	3 277	100	327 700	0	4 500	0	14 291 200
2	07/08/2017	CS Grand Dak	1 868	4 500	8 406 000	1 101	100	110 100	0	4 500	0	8 516 100
3	07/08/2017	CS HLM	1 275	4 500	5 737 500	807	100	80 700	0	4 500	0	5 818 200
4	07/08/2017	CS Liberté 6	885	4 500	3 982 500	524	100	52 400	0	4 500	0	4 034 900
5	07/08/2017	CS Hann /Me	1 105	4 500	4 972 500	763	100	76 300	0	4 500	0	5 048 800
6	07/08/2017	CS Hann Mar	1 208	4 500	5 436 000	1 270	100	127 000	0	4 500	0	5 563 000
7	07/08/2017	PS Fann Hock	212	1 400	296 800	191	100	19 100				315 900
8	07/08/2017	PS Bourguiba	434	1 400	607 600	862	100	86 200				693 800
9	07/08/2017	PS Derklé	479	1 400	670 600	449	100	44 900				715 500
10	07/08/2017	PS Liberté 2	438	1 400	613 200	295	100	29 500				642 700
11	07/08/2017	PS Liberté 6	438	1 400	613 200	485	100	48 500				661 700
12	07/08/2017	PS Georges L	0	1 400	0	0	100	0				0
13	07/08/2017	PSHLM	1 052	1 400	1 472 800	888	100	88 800				1 561 600
14	07/08/2017	PS Hann /Vil	544	1 400	761 600	894	100	89 400				851 000
15	07/08/2017	PS Hann /Me	722	1 400	1 010 800	504	100	50 400				1 061 200
		TOTAL DISTR	13 763		48 544 600	12 310		1 231 000	0		0	49 775 600

Le Médecin Chef du District

Analyse des effets du retard de remboursement des prestations liées à la gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans sur le fonctionnement des structures de sante : cas du district sanitaire centre de Dakar

TRRIM

Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE

ET DE L'ACTION SOCIALE

REGION MEDICALE DE DAKAR

\*\*\*\*\*

DISTRICT SANITAIRE CENTRE

CMU 2017-SITUATION GLOBALE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE 0-5 ANS

SYNTHESE JUILLET- AOUT- SEPTEMBRE 2017

N° d'ordre	Date de transmission	Nom de la structure	PRESTATIONS									TOTAL
			Consultations			VACCINATION			Hospitalisations			
			Nombre	Taux forfaitaires	Montant	Nombre	Taux forfaitaires	Montant	Nombre	Taux forfaitaires	Montant	
1		CS Gaspard K	729	4 500	3 280 500	1 393	100	139 300	0	4 500	0	3 419 800
2		CS Grand Dal	1 650	4 500	7 425 000	656	100	65 600	0	4 500	0	7 490 600
3		CS HLM	1 025	4 500	4 612 500	224	100	22 400	0	4 500	0	4 634 900
4		CS Liberté 6	648	4 500	2 916 000	344	100	34 400	0	4 500	0	2 950 400
5		CS Hann /Me	800	4 500	3 600 000	451	100	45 100	0	4 500	0	3 645 100
6		CS Hann Mar	1 058	4 500	4 761 000	812	100	81 200	0	4 500	0	4 842 200
7		PS Fann Hock	226	1 400	316 400	107	100	10 700				327 100
8		PS Bourguiba	330	1 400	462 000	495	100	49 500				511 500
9		PS Derklé	542	1 400	758 800	343	100	34 300				793 100
10		PS Liberté 2	371	1 400	519 400	196	100	19 600				539 000
11		PS Liberté 6	370	1 400	518 000	290	100	29 000				547 000
12		PS Georges L	0	1 400	0	0	100	0				0
13		PSHLM	806	1 400	1 128 400	629	100	62 900				1 191 300
14		PS Hann /Vil	424	1 400	593 600	665	100	66 500				660 100
15		PS Hann /Me	789	1 400	1 104 600	372	100	37 200				1 141 800
		TOTAL DISTR	9 768		31 996 200	6 977		697 700	0		0	32 693 900

## TABLE DES MATIERES

<b>DEDICACES .....</b>	<b>I</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>II</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>III</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>IV</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>VI</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE .....</b>	<b>7</b>
<b>CHAPITRE I : CADRE GENERAL DE L'ETUDE.....</b>	<b>8</b>
<b><i>I. PRESENTATION DU SENEGAL .....</i></b>	<b><i>8</i></b>
<b><i>I.1. Aspect général.....</i></b>	<b><i>8</i></b>
<b><i>I.1.1. Population.....</i></b>	<b><i>8</i></b>
<b><i>I.1.2. Économie .....</i></b>	<b><i>9</i></b>
<b><i>I.2. Système de santé et Politique de santé .....</i></b>	<b><i>10</i></b>
<b><i>I.2.1. Système de santé .....</i></b>	<b><i>10</i></b>
<b><i>I.2.2. Politique de santé .....</i></b>	<b><i>12</i></b>
<b><i>I.3. Données sanitaires .....</i></b>	<b><i>13</i></b>
<b><i>I.3.1. Morbidité .....</i></b>	<b><i>13</i></b>
<b><i>I.3.2. Mortalité .....</i></b>	<b><i>14</i></b>
<b><i>II. PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE .....</i></b>	<b><i>14</i></b>
<b><i>II.1. Région médicale (RM) de Dakar .....</i></b>	<b><i>15</i></b>
<b><i>II.2. District sanitaire centre de Dakar .....</i></b>	<b><i>15</i></b>
<b><i>II.3. Historique du district .....</i></b>	<b><i>16</i></b>
<b><i>II.4. Objectifs du district .....</i></b>	<b><i>17</i></b>
<b><i>II.5. Données démographiques .....</i></b>	<b><i>17</i></b>
<b><i>II.6. Structures sanitaires composants le district .....</i></b>	<b><i>17</i></b>
<b><i>II.6.1. Poste de santé.....</i></b>	<b><i>17</i></b>
<b><i>II.6.2. Centre de santé .....</i></b>	<b><i>18</i></b>
<b><i>II.6.3. Un EPS .....</i></b>	<b><i>18</i></b>
<b><i>II.7. Ressources humaines du district .....</i></b>	<b><i>19</i></b>
<b><i>II.8. Personnel.....</i></b>	<b><i>19</i></b>
<b><i>II.9. Cartographie du district.....</i></b>	<b><i>20</i></b>
<b><i>II.10. Organigramme du district .....</i></b>	<b><i>21</i></b>
<b>CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>22</b>
<b><i>I. CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE ET REVUE DE LA LITTERATURE.....</i></b>	<b><i>22</i></b>
<b><i>I.1. Le cadre conceptuel .....</i></b>	<b><i>22</i></b>
<b><i>I.1.1 La CMU .....</i></b>	<b><i>22</i></b>
<b><i>I.1.2. Le système sénégalais en matière de CMU .....</i></b>	<b><i>23</i></b>

I.1.3. Politique de gratuité.....	24
I.1.4 Fonctionnement des structures de santé.....	26
I.1.5. Le système d’approvisionnement en médicament .....	26
I.1.6. Prestation de soins .....	27
I.2.    La revue de la littérature.....	28
<b>II.    METHODOLOGIE DE L’ETUDE.....</b>	<b>31</b>
II.1. Approche de l’étude .....	31
II.2. Cible.....	32
II.3. Collecte des données.....	32
II.3.1. Méthode et Outils de collecte.....	32
II.3.2. Outils de traitements des données .....	33
II.3.3. Période de l’étude.....	33
II.4. Difficultés rencontrées .....	33
II.5 Les limites de l’étude.....	33
<b>DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE .....</b>	<b>34</b>
<b>CHAPITRE I : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS .....</b>	<b>35</b>
I.    PRESENTATION DES RESULTATS.....	35
I.1.    Les bénéficiaires de la gratuite de soins et le paquet de soins .....	35
I.1.1.    Les bénéficiaires.....	35
I.1.2.    Le paquet de soins de la prise en charge.....	36
I.2.    Le circuit de remboursement .....	38
I.2.1.    Au niveau de la pyramide sanitaire.....	38
I.2.2.    Au niveau de l’ACMU .....	38
I.2.3.    Exemples de date de transmission et date de remboursements réel .....	41
I.3.    LES DIFFICULTES FINANCIERES DES STRUCTURES DE SANTE .....	42
I.4.    Effets du retard de remboursement sur l’approvisionnement en médicaments .....	45
I.4.1.    Le système d’approvisionnement .....	45
I.4.2.    La proportion des charges liées à l’achat de médicaments .....	46
II.    ANALYSE DES RESULTATS.....	49
II.1.    Analyse de la procédure de remboursement.....	49
II.2.    Analyse des difficultés financières des structures de santé.....	49
II.2.1 Les difficultés liées au renouvellement du matériel .....	49
II.2.2 Les difficultés liées au personnel .....	50
II.3 Analyse des liens entre retard de remboursement et ruptures en médicaments. ....	50
<b>CHAPITRE II : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>52</b>
I.    DISCUSSION.....	52
II.    RECOMMANDATIONS .....	54
II.1. Aux districts .....	54
I.1.1.    Meilleure connaissance des outils de gestion .....	54
I.1.2.    Une meilleure définition des charges des structures de santé.....	54
I.1.3.    Tisser des partenariats avec des entreprises et mutuelles.....	54
II.2. A l’Etat .....	54
II.2.1.    Le financement de la santé.....	54
II.2.2.    Une revue du paquet de soins dans les PS .....	54
II.2.3.    Renforcer les partenariats public privé .....	55

II.2.4.	Création d'un fonds spécial CMU .....	55
II.2.5.	Le circuit de remboursement des frais liés à la gratuité .....	55
II.2.6.	L'approvisionnement en produits pharmaceutiques .....	55
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>		<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>58</b>
<b>WEBOGRAPHIE .....</b>		<b>61</b>
<b>ANNEXES .....</b>		<b>62</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>		<b>78</b>

CESAG - BIBLIOTHEQUE