



Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

Département CESAG Santé

Mémoire de Fin D'Etudes en MBA- Economie de la Santé



ANALYSE DU REMBOURSEMENT DES SOINS OFFERTS AUX ENFANTS AGES DE 0 à 5 ANS DANS LES CENTRES DE SANTE : CAS DU CENTRE DE SANTE PHILIPPE MAGUILEN SENGHOR DE YOFF

Présenté par :

M. Meissa DIOUF

Sous la direction de :

Dr Mansoum NDIAYE

Enseignant-Chercheur au CESAG

Octobre 2018

DEDICACE

Je dédie ce travail

A Allah le tout puissant, le miséricordieux, l'omniprésent, l'omniscient qui nous a permis d'entamer et de terminer cette formation.

A notre prophète Mohamed (PSL) la meilleure des créatures.

A mes défunts parents

- Ma mère Nogaye DIOUF

Je ne trouve pas de mots à la hauteur de votre soutien et votre amour à l'endroit de vos enfants particulièrement à moi. Ce travail vient couronner encore une fois les années de sacrifice et d'endurance pour notre réussite. Que la terre sainte de Touba vous soit légère et que le paradis soit votre demeure éternelle. Amin

- A mon père Doudou DIOUF pour son éducation, son amour et son attachement aux études. Que Dieu le tout puissant, son prophète Mohamed (PSL) vous accueillent au paradis.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je tiens surtout à remercier mon épouse et mes enfants pour leur compréhension et leur soutien, le Docteur Mansoum NDIAYE enseignant chercheur au CESAG, mon directeur de mémoire, pour son pragmatisme et sa disponibilité.

- Pr Daouda FAYE professeur titulaire agrégé en santé publique directeur de l'ENDSS
- Dr El hadji GUEYE chef département CESAG Santé
- Mes camarades de promotion
- Le Médecin-chef du centre de santé Philippe Maguilen SENHOR et l'ensemble du personnel
- Les responsables de l'agence pour la couverture maladie universelle
- Les assistantes de programme CESAG Santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Répartition du personnel du CSPMS selon leur statut et leurs catégories socio- professionnelles
Tableau II	Répartition des prestations externes au CSPMS
Tableau III	Situation du remboursement du paquet de soins offert aux enfants de 0 à 5 ans au CSPMS
Tableau IV	Répartition des différentes prestations du paquet de soins chez les enfants âgés de 0 à 5 ans au CSPMS

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES FIGURES

Figure N°1	Les étapes d'un modèle économétrique
Figure N°2	Carte géographique des districts du département de Dakar
Figure N°3	Prestations externes au CSPMS
Figure N°4	Circuit de la demande de remboursement des factures
Figure N°5	Structure des tarifs des prestations du paquet de soins offert aux enfants de 0 à 5 ans au CSPMS

LISTE DES ABREVIATIONS

ACMU : Agence de la couverture Maladie Universelle

ACP : Agent Comptable Principal

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ANSD : Agence Nationale pour la Statistique et la Démographie

CCG : Cellule de Contrôle Général

CMU : Couverture Maladie Universelle

CS : Centre de Santé

CSPMS : Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

DAF : Directeur Administratif et Financier

DAME : Direction de l'Assistance Médicale

DG : Directeur Général

DS : District Sanitaire

EPS : Etablissement Public de Santé

MEG : Médicament Essentiel Générique

ODD : Objectif de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

PSE : Plan Sénégal Emergent

RM : Région Médicale

SRCMU : Service de Régional de la Couverture Maladie Universelle

UEMOA : Union Monétaire des Etats de L'Afrique de l'Ouest

SOMMAIRE

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	iii
LISTE DES FIGURES	iv
LISTE DES ABREVIATIONS	v
SOMMAIRE	vi
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE	6
CHAPITRE I :REVUE DE LA LITTERATURE	7
I LES TEXTES DE LOIS QUI ENCADRENT LA PRATIQUE MEDICALE ET LES RAPPORTS D’EVALUATION-	7
II DE LA GRATUITE ET DE L’ACCESSIBILITE DES SOINS DANS UN CONTEXTE DE COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE	11
CHAPITRE II : METHODOLOGIE	19
I METHODOLOGIE DE COLLECTE DES DONNEES	19
1. Type et durée de l’étude	19
2. Méthodes et Outils de collecte des données	19
3. Population d’étude et échantillonnage	19
II METHODOLOGIE D’ANALYSE DES DONNEES	20
1. Définition et utilité de l’économétrie	20
2. Justification du choix du modèle économétrique linéaire	20
3. Modélisation économétrique	22
4. Limites des modèles économétriques	23
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE	24
CHAPITRE I : CADRE D’ETUDE	25
I PRESENTATION DU CENTRE DE SANTE PHILIPPE MAGUILEN SENGHOR DE YOFF	25
1. Historique	25
2. Site de l’étude	25
3. Le personnel du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR	26
4. Organisation du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR	30
5. Les services de prise en charge des enfants de 0 à 5 ans dans le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR	30
II LA GRATUITE CHEZ LES ENFANTS AGES DE 0 A 5 ANS	31
1. L’Agence de la couverture maladie universelle	32

2. Les outils de gestion de la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans au centre de santé Philippe Maguilen SENHOR-----	32
3. Le circuit de la demande de remboursement-----	33
4. Les délais de transmission des dossiers -----	35
5. Situation des remboursements chez les enfants de 0 à 5 ans au centre de santé Philippe Maguilen SENHOR -----	35
CHAPITRE II : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS-----	37
I PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS-----	37
1. Répartition des prestations du paquet de soins offert -----	37
2. Analyse des données avec le logiciel R -----	38
II RECOMMANDATIONS-----	43
CONCLUSION GENERALE -----	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	47
ANNEXES -----	51

INTRODUCTION GENERALE

Depuis les années 2000 plus de 20 ans après la conférence d'Alma Ata¹, la communauté internationale a lancé plusieurs initiatives afin de fournir à toutes les populations un accès aux services de santé de base sans risque financier. Au niveau international l'organisation mondiale de la santé a adopté une résolution en 2005 demandant aux pays membres de développer des systèmes de financement qui permettent un accès équitable des populations à des soins de santé de qualité et s'assurer que les ménages ne soient plus exposés à des dépenses catastrophiques source d'appauvrissement. Cet engagement de la communauté internationale va renforcer la décision des chefs d'Etat africains d'allouer 15% de leur budget national à la santé depuis 2001 à Abuja.

L'objectif 3 des objectifs pour le développement durable (ODD) relatif à la protection contre les risques financiers et à l'accès à des services de santé de qualité, aux médicaments essentiels et vaccins abordables engage les Etats à mettre davantage de moyens dans le secteur de la santé. C'est dans cette dynamique qu'au niveau africain le bureau de l'OMS a adopté en 2006 une stratégie de financement pour les pays africains. Au niveau sous régional l'UEMOA a adopté en 2009 un cadre harmonisé de dépenses publiques dans les Etats membres. Cette directive incite les Etats à mettre en place des budgets programme pour une meilleure allocation des ressources mais surtout une gestion axée sur les résultats et non sur les activités.

Au Sénégal, l'accessibilité aux soins reste un défi pour les pouvoirs publics en raison du faible niveau de revenu des populations mais aussi de la rareté des ressources. Pour relever ce défi, plusieurs initiatives ont été prises depuis les années 1990 avec l'initiative de Bamako² pour une meilleure disponibilité des médicaments essentiels et la réforme hospitalière³ en 1998 afin d'améliorer la qualité des soins et une gestion plus efficiente des ressources financières dans les structures sanitaires. A cela, s'ajoutent des initiatives ciblées vers les groupes vulnérables telles que les personnes âgées, les femmes enceintes, au début des années 2000. En 2012, les nouvelles autorités politiques ont fait de l'accessibilité des populations

¹C'est une conférence internationale sur les soins de santé primaire tenue en septembre 1978 soulignant la nécessité urgente des Etats de protéger et de promouvoir la santé de tous les pays du monde.

² C'est une réforme de la gestion des structures sanitaires adopté en 1987 par les Etats africains avec comme objectifs le recouvrement des coûts et la participation communautaire.

³ C'est une réforme adoptée en 1998 visant à transformer les hôpitaux publics en établissements publics de santé(EPS)

démunies à des soins de santé de qualité, une priorité conformément à leur programme de lutte contre les inégalités sociales. La couverture maladie universelle qui signifie que tous les individus, au moment où ils en ont besoin, ont accès à des soins adaptés et d'un coût abordable, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement ou de la réadaptation est considérée comme une solution pour lutter contre l'iniquité dans l'accès à des soins de qualité. L'enrôlement des groupes vulnérables s'est alors élargi touchant certaines maladies comme l'insuffisance rénale chronique (gratuité de la dialyse) mais surtout les enfants âgés de 0 à 5 ans. Le rapport du fonds français Musoka a montré qu'en 2011, 30 000 enfants de moins de 5 ans meurent chaque année au Sénégal alors que le ratio de l'OMS est de 392 décès pour 100 000 naissances. Selon le rapport de l'ANSD (Agence Nationale pour la Statistique et la Démographie) sur la mortalité au Sénégal publié en 2013 sur 1000 enfants nés vivants 79 n'atteignent pas leur cinquième année. Les principales causes du décès de ces enfants seraient l'inaccessibilité géographique et financière des structures sanitaires et les pesanteurs socioculturelles. Face à cette situation et en perspective de l'atteinte des objectifs pour le développement durable (ODD 3) les nouvelles autorités ont lancé en octobre 2013 un programme de gratuité des soins en faveur des enfants de 0 à 5 ans dans les structures sanitaires publiques. En effet, depuis le 1^{er} octobre 2013 au niveau des postes de santé et des centres de santé les soins des enfants de 0 à 5 ans deviennent gratuits alors qu'au niveau des hôpitaux il s'agit de la consultation en urgence et des référés. Cette gratuité qui se limitait aux hospitalisations (moins d'une semaine), aux consultations et à la vaccination concerne aussi depuis janvier 2014 les médicaments essentiels génériques (Initiative de Bamako). Pour une meilleure accessibilité des soins à cette catégorie de la population et dans un souci de préservation de l'équilibre financier des structures sanitaires le gouvernement a décidé en commun accord avec les prestataires de rembourser un montant forfaitaire pour chaque enfant pris en charge dans ses structures. Ce montant forfaitaire est de 4500FCFA par enfant dans les centres de santé, 1 400 FCFA par enfant dans les postes de santé et 100f par vaccination. Ainsi donc au niveau des postes de santé le paquet offert aux enfants âgés de 0 à 5 ans est constitué de la consultation, des médicaments essentiels génériques et de la vaccination. Au niveau des centres de santé nous avons la consultation, les médicaments essentiels génériques, la vaccination et l'hospitalisation de moins de 7 jours. Dans les hôpitaux c'est la consultation en urgence et la consultation des cas référés.

Malgré les performances notées dans la lutte contre les barrières financières dans les structures de santé et dans l'amélioration de l'état de santé des populations surtout vulnérables

avec une baisse de la mortalité infantile de 20% surtout en 2016 force est de constater que la mise en œuvre de cette politique fait l'objet de beaucoup de problèmes liés à la soutenabilité et la viabilité. L'état peine à honorer ses engagements à temps et les structures sanitaires éprouvent beaucoup de difficultés à assurer les soins en qualité et en quantité de façon continue. Le principal défi de cette initiative est son mode de financement et son recouvrement. C'est ainsi que notre étude portera sur une analyse du recouvrement de cette gratuité au niveau du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR de YOFF dans la région de DAKAR. Notre question principale de recherche sera donc ainsi formuler : **le montant remboursé par l'Etat correspond-il au tarif des soins offerts aux enfants âgés de 0 à de 5 ans au CSPMS ?** De cette question principale de recherche, découlent les questions spécifiques ci-dessous :

- Les soins offerts aux enfants âgés de 0 à 5ans au centre de santé sont-ils conformes au panier défini par l'Etat ?
- La facturation de la prise en charge médicale des enfants âgés de 0 à 5ans est –elle conforme aux soins dispensés ?
- Quel est le tarif moyen des soins offerts aux enfants âgés de 0 à 5 ans au centre de santé dans le cadre de la gratuité ?

L'objectif général de ce travail est de **Comparer le montant remboursé par l'Etat et le tarif des soins offerts aux enfants de 0 à 5ans au centre de santé conformément aux engagements des deux parties**. Spécifiquement, il s'agira de :

- Déterminer l'adéquation entre les soins offerts aux enfants de 0 à 5ans au niveau du centre de santé et le panier de soins défini par l'état ;
- Analyser la conformité de la facture par rapport aux soins dispensés par le centre de santé ;
- Analyser le tarif moyen des soins offerts aux enfants de 0 à 5ans dans le centre de santé.

Le but de notre étude est de vérifier la conformité du paquet de soins offert aux enfants âgés de 0 à 5 ans dans les centres de santé et le montant du remboursement afin de prendre les mesures correctives nécessaires.

Il faut rappeler que l'Initiative de Bamako qui visait à garantir la disponibilité des produits pharmaceutiques et un paquet minimum de soins comme les services maternel et infantile par une participation communautaire n'a pas donné les résultats escomptés. Elle a certes permis

d'améliorer la couverture vaccinale des enfants mais cette participation financière exigée aux usagers a eu des effets néfastes sur l'accessibilité des soins aux populations pauvres. Yates (2009) a montré que l'impact de cette politique a été minime. Elle n'a pas permis de générer des ressources additionnelles substantielles encore moins une gestion efficace des structures de santé. De La Rocque (1996) s'est montré très critique par rapport à cette politique de recouvrement des coûts par une participation communautaire. Pour l'auteur elle serait responsable de l'exclusion des services de soins d'une partie de la population entre 5% et 30%.

Face aux résultats mitigés de cette initiative des années 1980, beaucoup de pays se sont orientés vers de nouvelles stratégies permettant un meilleur accès des couches vulnérables aux soins. C'est ainsi que l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé est considérée comme un moyen d'avoir un système de santé plus équitable et un accès universel aux soins. L'émergence de ces politiques de gratuité dans les pays comme le Sénégal a augmenté le taux d'utilisation des services de santé. Des études menées au Ghana ont montré une augmentation significative des accouchements assistés. Au Sénégal 4.695.827 enfants âgés de 0 à 5 ans ont bénéficié des initiatives de la gratuité soit 97% des cas de prise en charge en 2017.

Par ailleurs Ridde et al, (2012) ont montré que l'impréparation de ces politiques de gratuité est souvent à l'origine des difficultés observées dans leur mise en œuvre. Au Sénégal la gestion de cette politique de gratuité notamment au niveau des remboursements constitue une menace réelle pour sa pérennité. C'est ainsi que nous analyserons le recouvrement de cette gratuité chez les enfants de moins de 5 ans au centre de santé Philippe Maguilène SENGHOR avec une modélisation économétrique avec comme variable la consultation, l'hospitalisation et la prescription associée aux techniques d'entretien et d'observation.

L'Etat du Sénégal à travers la couverture maladie universelle doit plus de 2 milliards aux structures hospitalières. Ces arriérés de paiement ont eu un impact sur le panier de soins offert aux enfants de 0 à 5 ans. L'analyse du recouvrement de la gratuité des soins offerts aux enfants de 0 à 5 ans dans le centre de santé nous permettra de vérifier la conformité entre le montant remboursé par l'Etat et les soins offerts. Par ailleurs, cette étude nous édifiera sur la prestation qui influence le plus le montant du forfait.

Les résultats de cette étude permettront aussi de comparer le montant du remboursement par l'agence de la couverture maladie universelle et le panier de soins offerts dans les centres de

santé mais aussi de formuler des recommandations pour une viabilité et une soutenabilité du financement de cette gratuité.

L'atteinte de ces résultats nous amène à formuler l'hypothèse d'analyse suivante :

Le montant remboursé par l'Etat au centre de santé Philippe Maguilène SENGHOR est conforme aux soins offerts aux enfants âgés de 0 à 5ans dans le cadre de la gratuité.

Ce centre de santé à l'instar des autres structures de même niveau est au cœur du dispositif de la mise en œuvre de la gratuité des soins des enfants de 0 à 5 ans. En effet, les centres de santé font partie du premier niveau de la pyramide sanitaire et constitue la première référence d'où son rôle essentiel dans l'accessibilité des soins aux populations vulnérables. Philippe Maguilène SENGHOR est l'un des trois centres de référence du département de Dakar et l'un des plus fréquentés par la tranche d'âge de 0 à 5 ans. C'est ainsi qu'il occupe une place très importante dans la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins offerts aux enfants de 0 à 5 ans qui n'est pas encore totalement effective dans les hôpitaux. Son plateau technique très acceptable pour un centre de santé et son taux de fréquentation très élevé font de ce centre un cas idéal pour une telle étude.

Notre étude est constituée de deux grandes parties comprenant chacune deux chapitres.

- 1ère partie : elle représente le cadre théorique de l'étude. Au premier chapitre nous avons la revue de la littérature et au deuxième chapitre la méthodologie de collecte des données et la méthodologie d'analyse des résultats.
- 2ème partie : elle constitue la partie pratique de l'étude. Le premier chapitre on a le cadre d'étude et au second chapitre la présentation suivie de l'analyse des résultats et les recommandations.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

CHAPITRE I : REVUE DE LA LITTERATURE

Dans la partie de notre étude relative à la documentation, les ouvrages que nous avons consultés peuvent être classés en deux grandes catégories selon l'approche thématique recommandée par Gordon Macé⁴.

Dans la première catégorie, on a les textes juridiques qui encadrent la pratique médicale au Sénégal et les rapports d'évaluation du fonctionnement du système de santé. Dans la deuxième catégorie est constituée des documents spécialisés comme les mémoires, les ouvrages, thèses et rapports d'études qui traitent de la gratuité et de l'accessibilité des soins dans un contexte de couverture sanitaire universelle.

I LES TEXTES DE LOIS QUI ENCADRENT LA PRATIQUE MEDICALE ET LES RAPPORTS D'EVALUATION

Après une étude diagnostique du système hospitalier sénégalais dans son ensemble, Balique (1996) a publié un rapport qui servira plus tard de point de départ à l'élaboration des textes de loi qui seront adoptés en 1998. Il s'agit d'un document conçu pour susciter un débat et faciliter une prise de décision par rapport à la manière dont les hôpitaux sénégalais devraient fonctionner dans l'avenir. Dans sa conclusion, l'auteur a fait les constats suivants :

Les hôpitaux du Sénégal se trouvent aujourd'hui dans une impasse qui résulte de leurs difficultés à s'adapter aux changements du monde en général et du Sénégal en particulier.

En effet, leur organisation n'a pas fait l'objet de grandes modifications depuis une époque. Mise à part la création des comités de santé qui leur ont permis de mettre en place le recouvrement des coûts, ils fonctionnent toujours selon les principes fondamentaux d'une administration. Leur logique est d'ordre réglementaire et ne fait aucune référence à la notion de performance ; le personnel qui y travaille est invité à faire ce qu'il peut avec ce qu'il a ; le malade est soumis aux aléas des circonstances et doit se contenter de ce qu'on lui donne. Leurs ressources étant insuffisantes pour équilibrer leurs comptes, ils ne parviennent pas à assurer la maintenance de leurs équipements et doivent compter sur les appuis de l'aide extérieure pour éviter leur dégradation. Une telle conception confine l'hôpital dans une position qui l'écarte de toute rationalité économique et s'oppose à toute prise de responsabilité par les directeurs et le personnel de santé. Si un tel système a pu donner des résultats probants à une époque où la demande était limitée, où l'aide extérieure était relativement consistante,

⁴Professeur en sciences politiques et sociales de l'université de Laval au Canada, spécialiste des études sur les Amériques et de l'enseignement de la méthodologie. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages donc « Guide d'élaboration d'un projet de recherche » paru en 1988 qui est aujourd'hui une référence dans le monde francophone en méthodologie.

où la technique médicale était peu développée, où le coût des soins était moins élevé, ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Les réalités de cette fin de XXI^{ème} siècle imposent d'abord la santé dans sa dimension économique. Les soins ne doivent plus être considérés comme de simples tâches à exécuter, mais comme le résultat d'un processus de production. Les usagers ne doivent plus être perçus comme de simples bénéficiaires, mais comme des personnes capables d'exprimer une demande. Cette conception nouvelle exige l'émergence d'un nouveau type d'établissement, qui résultera du passage de l'hôpital « administration » à l'hôpital « entreprise ». Il est cependant impératif que cette évolution se fasse dans la réaffirmation des missions de service public de l'état, qui doit veiller à ce que chaque citoyen puisse accéder en toutes circonstances aux soins indispensables.

En 1998, la réforme hospitalière dont la finalité était d'améliorer les performances des hôpitaux sur le plan de la gestion et de la qualité des soins est adoptée. Cette réforme qui suscitait beaucoup d'espoir a certes amélioré l'administration des hôpitaux mais a augmenté les inégalités dans l'accès à des soins de qualité.

Trois ans après la promulgation de la loi sur la réforme hospitalière, le ministère de la santé et de l'action sociale a publié en 2001 l'« **Arrêté portant charte du malade dans les Etablissements Publics de santé** » dans le but d'instaurer une équité devant l'accès aux services hospitaliers.

C'est ainsi qu'on peut noter un certain nombre de dispositions qui vont dans le sens de garantir à tous les citoyens l'accès aux soins. Parmi elles, nous pouvons citer l'article premier qui dit que : « l'accès au service public hospitalier est garanti à tous les malades sans discrimination aucune ». En d'autres termes, les personnels des hôpitaux ont l'obligation de recevoir et de prodiguer des soins à tout malade qui se présente à l'hôpital quel que soit son statut social. En outre ils doivent veiller sur la qualité des soins et au soulagement de toutes les souffrances. Cela est contenu dans l'article 3 qui dit que les Etablissements Publics de Santé Hospitaliers garantissent un accueil et des soins de qualité ; ils veillent au soulagement de la douleur.

Pour la première question, les transformations suivantes ont été constatées :

- Sur le plan administratif, les nouveaux textes ont instauré des relations de type nouveau entre l'administration, les Etablissement Publics de Santé, les collectivités locales et les usagers.

- Par rapport à la deuxième question, il a été constaté une nette augmentation du taux de fréquentation des hôpitaux par les populations. Pour illustrer cela, le nombre des hospitalisations a augmenté de 30 %. Cependant, il reste beaucoup d'efforts à faire car l'offre de services de qualité qui demeure l'objectif principal de la réforme n'est pas encore au rendez-vous. La raison en est que, à ce jour aucun mécanisme spécifiquement orienté sur la « démarche qualité » n'a été mis en place dans les hôpitaux.

Dans la même foulée, a été tenue en 2006, une « **Concertation nationale sur le système hospitalier** ». Le rapport final issu de ces journées de réflexion sur le système hospitalier sénégalais tenues à Saly Portudal sous l'égide de Madame le Ministre de la santé est une évaluation de la réforme hospitalière, huit ans après sa mise en œuvre. Celle-ci s'est opérée dans un contexte caractérisé par la faible fréquentation des structures sanitaires par les populations, singulièrement des hôpitaux publics.

L'objectif principal de la dite réforme était de permettre à tout individu, quelle que fût sa condition sociale, de bénéficier de soins de qualité dans le cadre d'Etablissements Publics de Santé (EPS) à la gestion autonome et au sein desquels la notion de performance devait se substituer à la logique administrative.

Garant du service public, l'Etat définit la politique de santé qui a notamment pour objectif d'assurer à chacun l'accès à des soins de qualité. Dans ce cadre, il apporte son soutien aux structures de santé avec des appuis multiformes (subventions, affectation de ressources humaines, investissement etc.).

En avril 2000, les assises nationales de la santé ont été organisées, avec l'implication de l'ensemble des acteurs de la santé, dans le but de faire le diagnostic, sans complaisance, du fonctionnement du système sanitaire.

Au cœur des questions débattues par les participants, ont figuré :

- La problématique de la couverture sanitaire caractérisée par des disparités flagrantes dans le système de protection sociale avec la marginalisation d'une frange importante de la population et la création de groupes vulnérables ;
 - La mauvaise qualité de l'accueil ;
 - L'état de délabrement des structures ;

- Le déficit de communication avec les usagers ;
- L'information hospitalière ;
- La prise en charge des cas dits sociaux ;
- Le mode de tarification ;
- L'insuffisance de personnel qualifié etc.

Aujourd'hui, les mêmes questions qui avaient appelé des décisions majeures ayant conduit à la réforme hospitalière, et fait l'objet de recommandation lors des assises de 2000, sont à nouveau soulevées par les populations, les professionnels de santé et les autorités gouvernementales.

Autrement dit, l'accès à des soins de qualité à toutes les catégories de la population sans barrière financière, les dysfonctionnements dans les structures de santé restent plus que jamais des problèmes majeurs pour notre système sanitaire. Ces réformes et recommandations ont certes des effets positifs pour le système mais faute de suivi, d'accompagnement et de contextualisation n'ont pas donné les effets escomptés.

L'équité d'accès aux soins, surtout pour les plus pauvres, s'est clairement dégradée. Le prix moyen des soins, tel que facturé aux patients, a augmenté et par conséquent, les pauvres ont vu leur accès aux structures sanitaires devenir plus difficile. Alors que la proportion de pauvres est estimée à près de 51 % de la population sénégalaise, ce groupe ne constitue que 3% des patients hospitaliers.

Conscient de l'iniquité dans l'accès aux soins et les barrières financières qui empêchent les plus démunis d'avoir des prestations de qualité les nouvelles autorités ont lancé le 20 septembre 2013 la mise en place de la couverture maladie universelle avec la création d'une cellule au sein du ministère de la santé et de la prévention chargée de la gestion. L'enjeu de cette nouvelle initiative va amener les nouvelles autorités à faire de cette cellule une agence nationale en 2015 avec plus de moyens et de prérogatives. Pour permettre aux couches défavorisées d'accéder à des soins de qualité sans barrière financière l'Etat du Sénégal a mis en place des politiques de gratuité. Cette politique de gratuité des soins qui vise à rendre les soins accessibles à toutes les catégories de la population et à améliorer l'état de santé de la population est entièrement pris en charge par l'Etat avec l'aide des bailleurs de fonds par l'intermédiaire de l'agence pour la couverture maladie universelle.

Il faut rappeler que la communauté internationale, l'OMS en l'occurrence consciente des disparités qui existent dans l'offre de soins incite de plus en plus les états membres à faire de la couverture sanitaire universelle une priorité. C'est ainsi qu'en 2010 il publie un rapport intitulé « le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture sanitaire universelle. » L'Union Africaine a adopté en 2010 une résolution incitant les pays membres à organiser des exemptions de paiement notamment pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans.

Malgré ces nombreux rapports et textes de lois force est de constater que le manque d'exclusivité et de suivi font que les disparités persistent encore dans l'offre de soins. Le système de santé a plus besoin de réforme structurelle que conjoncturelle. La plupart de ses réformes sont d'ordre structurel ne prenant pas en compte les mutations qui s'opèrent dans le système. En outre ces réformes pour être pertinentes doivent prendre en compte les autres secteurs de la société. Le secteur de la santé ne peut pas réfléchir d'une manière isolée. L'amélioration de l'état de santé de la population n'est pas seulement entre les mains des acteurs de la santé donc la réflexion doit être inclusive.

Aujourd'hui de nouveaux textes sont élaborés notamment la création de comité de développement sanitaire au niveau des centres de santé et des postes de santé qui vont remplacer les comités de santé, mais aussi la loi sur la couverture maladie universelle pour une meilleure accessibilité des populations à des soins de qualité.

II DE LA GRATUITE ET DE L'ACCESSIBILITE DES SOINS DANS UN CONTEXTE DE COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

La couverture sanitaire universelle signifie que tous les individus, au moment où ils en ont besoin, ont accès à des soins adaptés et d'un coût abordable, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement ou de la réadaptation⁵.

Elle suppose donc un accès équitable et une protection contre le risque financier. Elle repose également sur la notion de financement équitable : la contribution est proportionnelle à la capacité de payer indépendamment du fait qu'on tombe malade ou non. Il en résulte qu'une grande part du financement doit provenir des contributions anticipées et mises en commun plutôt que de frais et d'honoraires facturés aux malades quand il consulte les

⁵ « Financement durable de la santé, couverture universelle et système de sécurité sociale ». (OMS)

services⁶. Autrement dit la couverture sanitaire universelle vise l'équité dans le système de santé. En effet l'équité en santé se définit comme l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population ou des groupes de population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement⁷. Il nous faut alors une équité d'accès et une équité contributive dans le système de santé.

Dans un ouvrage intitulé « une couverture sanitaire universelle pour un développement durable inclusif » publié en 2015 la banque mondiale a fait une étude multi pays afin de répondre à la demande d'information sur la couverture sanitaire universelle par les pays à faibles revenus. Cette étude qui est une synthèse de onze études de cas a le mérite de montrer la complexité de la mise en œuvre de cette nouvelle politique. Elle examine les politiques de couverture sanitaire de chaque pays à partir de trois thèmes : (1) l'économie politique et le processus politique d'adoption, d'atteinte et de maintien de la couverture sanitaire (2) les politiques financières d'amélioration de la couverture sanitaire (3) les ressources financières en santé aux services des politiques d'atteinte de la couverture sanitaire. La couverture sanitaire universelle qui est définie ici sous trois composantes :

- Un éventail complet de services de santé en fonction des besoins
- Une protection financière contre le paiement direct des services de santé utilisés
- La couverture de l'ensemble de la population

nécessite beaucoup de temps pour développer des capacités institutionnelles et techniques.

Il s'y ajoute que les enseignements tirés des autres pays doivent servir de leçons à l'amélioration de la progression de la couverture sanitaire et que les pays à revenu faible peuvent se doter d'objectifs de couverture universelle dans une perspective du bien être de leur citoyens afin de tendre vers le développement durable inclusif. Cependant, les approches doivent être différentes d'un pays à un autre. La mise en œuvre doit tenir compte du contexte politique, économique, social et culturel.

Cette approche est novatrice et pleine d'enseignements. Cependant il faut se rappeler c'est cette même institution qui avez recommandé dans les années quatre-vingt la participation de la communauté dans le financement et la gestion des services incitant ainsi beaucoup d'états à

⁶Résumé technique pour décideurs N°2 sur la conception des systèmes de financement de la santé en vue de réduire les dépenses de santé catastrophiques

⁷ La société internationale pour l'équité en santé, 2000

engager des réformes au niveau de leur système de santé. Cette nouvelle vision même si elle mérite d'être salué ne nous renseigne pas sur le mode de financement de la couverture sanitaire qui est fondamentale dans sa mise en œuvre.

La question cruciale dans la couverture sanitaire universelle reste ainsi son mode de financement. Plusieurs voies sont explorées afin de garantir un accès équitable de toutes les catégories de la population des soins de santé. Dans son rapport intitulé « Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles clé durant la période de transition » publié en 2004 l'OMS se focalise essentiellement sur deux options de financement de la couverture sanitaire universelle :

- Financement de la couverture sanitaire par l'assurance maladie obligatoire (AMO)

Dans ce rapport l'OMS montre que le financement de la CSU par l'AMO est une voie prometteuse mais nécessite des conditions préalables comme le cadre juridique, les ressources humaines qualifiées, la disponibilité des infrastructures sanitaires, le consensus entre les différentes parties prenantes (Etats-employés-employeurs-prestataires) permettant d'accepter les règles de base d'un régime d'AMO. Prenant l'exemple de huit pays qui ont atteint la couverture sanitaire universelle par l'AMO le rapport insiste sur la nécessité d'une période de transition obligatoire, mais aussi l'évolution du pourcentage de la population durant cette période. Au Japon il y'a 36ans entre le vote de la première loi sur l'AMO et l'atteinte de la couverture maladie universelle, en Autriche il a fallu 40 ans pour passer d'un taux de couverture de 7% à 40%. Ce régime de financement appelé régime Bismarckien est introduit en Allemagne en 1883 par le chancelier Bismarck mais là aussi 58 années sont écoulées pour passer d'un taux de couverture sanitaire de 50% à 88%.

- Le financement de la CSU fondé sur l'impôt

Dans ce régime les recettes fiscales générales sont la principale source de financement et l'Etat utilise les fonds pour fournir ou acheter les services de santé. Ce système communément appelé système Beveridgien est apparu en Angleterre en 1942 par l'intermédiaire de l'économiste Lord BEVERIDGE. C'est un système basé sur l'universalité de la protection sociale donc non lié à l'emploi, sur l'unité (une seule caisse d'assurance maladie gérée par l'Etat) et l'uniformité (même montant pour tous). L'un des problèmes avec ce régime de financement est dû au fait que l'assurance est implicite. En effet les

contribuables ignorent quelle proportion de ces impôts sert à financer les services de santé. En dehors de ces deux régimes de financement de la couverture sanitaire nous avons dans certains pays comme les Etats Unis et la France des régimes de financement mixtes d'inspiration libérale. Il s'agit d'un système mixte qui combine l'assurance privée volontaire, des mesures d'assistance destinées aux familles défavorisées et un système d'assurance maladie obligatoire de type Bismarckien. Par exemple aux Etats Unis nous avons le programme « Medicaid » dont le but est de fournir une assurance maladie aux familles à faibles revenus et ressources qui date de 1965 dans le cadre de la lutte contre la pauvreté de l'ancien président Lyndon JOHONSON. Ce programme qui s'est étendu en 2014 aux citoyens américains disposant de revenus juste au-dessus du seuil de pauvreté est associé avec un autre programme dénommé « Medicare » dont bénéficient les américains de plus de 65 ans et leur conjoint après avoir cotisé plus de 10 ans. A cela s'ajoute le programme « OBAMA care » qui a enrôlé plus de 40 millions de citoyens américains qui ne bénéficiaient pas de ces deux programmes de couverture sanitaire.

RIDDE(2015) démontre les effets néfastes des paiements directs et la nécessité d'adopter des politiques de couverture sanitaire dans les pays à faible revenu qui permettront un accès équitable aux services de santé à toutes les catégories de la population. Pour l'auteur l'inégalité devant les soins persiste encore dans beaucoup de pays. La fréquentation des structures de santé notamment pour les personnes démunies est un résultat univoque de la mise en œuvre de la politique de paiement direct issue de l'initiative de Bamako (IB). En effet depuis la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaire en 1978 le financement de la santé basé sur la triade : participation communautaire- recouvrement partiel des coûts- autofinancement partiel du fonctionnement des services devrait permettre d'atteindre « la santé pour tous d'ici l'an 2000 ». L'auteur a mis en exergue les limites de cette politique et se propose d'étoffer les connaissances en faveur d'une exemption de paiement pour certaines catégories de la population. D'après ses études réalisées au Burkina Faso et au Niger la gratuité des soins pour les couches défavorisées donnent plus de résultats en termes d'accessibilité des soins et de fréquentation des structures sanitaires. Son ouvrage constitue sans doute un apport de plus sur les connaissances de la gratuité des soins.

Par ailleurs force est de constater que le caractère récent de cette politique de gratuité des soins ne favorise pas la possibilité de faire des études qualitatives de longue durée. La durée relativement courte de son étude constitue de fait une limite objective. Le champ d'étude constitué de deux pays seulement ne saurait être un modèle universel. En effet le contexte

politique, économique, social et culturel est déterminant dans la mise en œuvre des politiques de gratuité.

GUICHARD et RIDDE (2007) ont posé l'épineux problème du choix de la cible concernée par les interventions en santé. Plusieurs questions se posent au moment de faire ce choix. « Doit-on mettre en œuvre les interventions en direction de l'ensemble de la population ou bien en direction des seuls individus ? Doit-on adopter des politiques universelles ou catégorielles ? » Ces choix présentent un caractère décisif dans les programmes de santé visant à lutter contre les inégalités sociales. Selon les auteurs il existe quatre méthodes de ciblage :

- Un ciblage individuel (indigent, fumeur)
- Un ciblage par groupe de personne (enfant, ouvriers)
- Un ciblage par type de service (vaccination)
- Une auto ciblage (les pauvres dans les hôpitaux publics, les riches dans les hôpitaux privés)

Aucune méthode n'est préférable à l'autre mais le choix doit être cohérent et tenir compte du contexte, de la nature du programme et des objectifs visés. Face à la rareté des ressources dans les pays en voie de développement et de la réduction de l'aide au développement le choix de bénéficiaires des programmes de gratuité des soins de santé est important pour la soutenabilité et la viabilité. C'est ainsi que l'auteur classe les bénéficiaires en quatre catégories :

- Les bénéficiaires éligibles (vrais positifs)
- Les bénéficiaires non éligibles (faux positifs)
- Les non bénéficiaires éligibles (faux négatifs)
- Les non bénéficiaires non éligibles (vrais négatifs)

Dans ce même ouvrage les auteurs nous font part des travaux de Rose publiés dans les années 1990 démontrant l'importance dans les activités de prévention de cibler la population dans son ensemble plutôt que les groupes à risques élevés. D'après l'auteur le bénéfice global pour la population sera plus grand que lorsque le groupe à risques élevés réduit son exposition au risque même de façon très important.

En 2010 l'OMS a révélé que 20 à 40% des dépenses de santé dans le monde sont gaspillées. Face à ce constat la transparence dans la gestion des ressources et la rentabilité des options en

matière d'intervention sanitaire se posent avec acuité. C'est ainsi dans son rapport de 2010 intitulé « le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture sanitaire universelle » l'OMS incite les états membres à améliorer l'efficacité en matière de financement de la santé et de développer des mécanismes permettant de tendre vers la couverture sanitaire universelle.

Lors de son assemblée générale du 12 décembre 2012 l'ONU reconnaît le rôle de la santé dans la réalisation des objectifs de développement internationaux. Il ne peut y avoir de croissance économique durable sans l'amélioration de l'état de santé de la population. Cette résolution appelle les états membres à adopter une démarche multisectorielle et traiter la santé en tenant compte de ses déterminants sociaux, environnementaux et économiques afin de réduire les inégalités dans ce domaine et favoriser le développement durable.

Bonnet (2002) a, lui fait des études sur l'accessibilité aux soins. Dans cet ouvrage, l'auteur définit le concept d'accessibilité comme la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé. Ainsi défini, l'accessibilité aux soins présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. La dimension matérielle contient un volet géographique et un volet économique. Le volet géographique renvoie à la notion de proximité ou d'éloignement de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer par les usagers. Le volet économique représente la capacité financière des usagers de recourir à des services de santé.

La dimension sociale de l'accessibilité aux services de santé encore appelée distance sociale est le comportement relationnel que doit avoir l'ensemble de personnes impliquées dans l'offre de service au niveau des formations sanitaires envers les usagers. Cela va depuis l'accueil et l'orientation de l'offre de soins et des médicaments. Et selon l'auteur, cette dimension doit être réduite à sa plus simple expression pour installer la tranquillité et restaurer la confiance chez la plus part des malades qui arrivent à l'hôpital dans l'angoisse. Il revient donc au personnel des formations sanitaires de créer les conditions d'une guérison rapide et efficace en sachant écouter, comprendre, conseiller et donner réponses aux multiples interrogations des patients pour tenter de les apaiser.

GUEYE et SECK(2009), ont produit les résultats de leurs recherches sur l'accessibilité aux soins hospitaliers appréciée sous les angles financier et géographique. Du point de vue des auteurs, cette démarche paraît réductrice en ce qu'elle occulte d'autres éléments tels que la disponibilité en ressources humaines de qualité, des infrastructures et

équipements adéquats. Il s'y ajoute des aspects socioculturels tels que l'accueil, l'accompagnement, l'alimentation et autres facteurs susceptibles de mettre en confiance les malades. Prenant en compte ces différents éléments, ils ont alors défini l'accessibilité comme la possibilité offerte aux populations de bénéficier des soins de qualité à chaque fois que de besoin du fait de la proximité des structures, des coûts abordables des prestations, des facilités de communication et de l'existence de manière globale de repères socioculturels pour les patients dans l'espace hospitalier.

La prise en compte du dernier aspect, à savoir les déterminants socioculturels est une nécessité. La demande médicale est un espace large et complexe qui nécessite pour le comprendre, dans son fonctionnement, une production de connaissances croisées. L'interaction entre les demandeurs de soins et l'espace hospitalier constitue en général une trajectoire complexe et éprouvante que les populations hésitent à entreprendre. L'accueil en urgence ou non représente pour de nombreux patients le premier obstacle à franchir du fait de l'inexistence d'un cadre qui lui est dédié, de la quasi-absence de personnel à certaines heures et des difficultés de communication pour une bonne compréhension des besoins et une orientation correcte des malades.

Une autre question soulevée est celle de l'intégration des accompagnants dans l'espace hospitalier. L'accompagnement des malades apparaît à la fois comme une pratique culturelle qui permet de ne pas isoler le malade mais également comme un moyen de pallier l'insuffisance du personnel de salle surtout pendant la nuit. Les accompagnants séjournent souvent à l'hôpital dans des conditions déplorable passant la nuit dans les couloirs ou dehors exposés ainsi à divers vecteurs de maladies. Il arrive souvent que des accompagnants tombent malades à leur tour en cas de séjours prolongés. Cette étude a le mérite de montrer l'importance du comportement relationnel du personnel et de la prise en compte des aspects socioculturels pour une prise en charge médicale de qualité. Cependant, aucune solution n'a été proposée par les auteurs en vue de remédier à ce dysfonctionnement constaté dans nos espaces de santé.

En 2017, l'OMS a rédigé une note sur la politique de financement intitulé « Les politiques de « gratuité » : opportunités et risques en marche vers la couverture sanitaire universelle » pour montrer les avantages et les limites de la gratuité des soins dans la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle. En effet les politiques de gratuité peuvent être un moyen selon l'organisation mondiale de tendre vers la CSU puisqu'elles visent deux objectifs finaux à savoir :

- Une utilisation des services de santé alignés sur les besoins de santé de la population ;
- L'amélioration de la protection financière des usagers et leurs proches.

Cette note montre aussi que l'impact de ces politiques de gratuité reste encore mitigé dans beaucoup de pays parce qu'elles ne sont pas bien ciblées et se focalisent généralement sur des services spécifiques ou des groupes de population (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans). La gratuité telle que semble moins favorable aux plus pauvres. Une question sans réponse est alors posée dans cette note : la gratuité doit-elle profiter aux plus pauvres ou aux plus démunis ?

Ainsi, cette note montre clairement que la gratuité est une bonne politique qui permet un accès équitable à toutes les catégories de la population à des soins de qualité sans barrières financières mais doit être une transition dans la voie des pays vers la couverture sanitaire et doit effectivement profiter aux plus pauvres.

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

I METHODOLOGIE DE COLLECTE DES DONNEES

1. Type et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude analytique longitudinale et porte sur les données recueillies au niveau des registres du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2017.

2. Méthodes et Outils de collecte des données

Plusieurs techniques de collecte des données seront utilisées principalement :

- ❖ L'entretien : Il s'agit des échanges avec le personnel du centre de santé directement concernés par l'étude mais aussi des autorités de l'Agence pour la couverture maladie universelle.
- ❖ L'observation : cette technique permet de mettre en évidence des décalages importants entre ce que les personnes disent et font. Ainsi donc elle nous permettra de voir la conformité entre le paquet de soins défini et les soins dispensés aux enfants de moins de 5 ans dans le centre. Une fiche de collecte est confectionnée avec les différentes variables du paquet de soins.
- ❖ La revue documentaire : c'est une technique de collecte de données qui nous a permis d'avoir des informations sur les politiques de gratuité et les mesures prises au niveau opérationnel pour mettre en œuvre ces initiatives.

3. Population d'étude et échantillonnage

La population d'étude est constituée des enfants âgés de 0 à 5 ans consultés dans le centre de santé Philippe Maguilène SENGHOR entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017 dont les données sont disponibles dans les registres des services de prise en charge mais aussi du personnel du centre de santé et des autorités de l'ACMU (guide d'entretien). Pour les enfants âgés de 0 à 5 ans la compilation des données nous montre que 15 040 enfants de 0 à 5 ans ont bénéficié de la gratuité des soins durant cette période dans le centre de santé.

L'échantillon sera déterminé en utilisant une méthode statistique :

$$N = \frac{1}{4} (z (1-\alpha/2))^2 / E$$

N= taille de l'échantillon

E= la marge d'erreur= 5%

Z (1- α) = 1,96 (une loi normale centrée et réduite)

$$N = \frac{1}{4} (1,96/0,05)^2 = 384,16$$

Puisqu'il s'agit des N individus égal à **385** enfants de 0 à 5 ans

II METHODOLOGIE D'ANALYSE DES DONNEES

1. Définition et utilité de l'économétrie

Pour analyser les données collectées chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans le centre de santé et répondre à nos objectifs spécifiques de recherche nous utilisons une méthode économétrique.

L'économétrie est le domaine des sciences économiques qui combine les outils mathématiques et les techniques statistiques visant à estimer les relations économiques et à confronter la théorie économique avec les faits et les données. Elle sert aussi à tester les hypothèses, à prévoir le comportement des variables économiques. C'est une manière de construire et d'estimer des modèles empiriques en adéquation avec la théorie économique et les caractéristiques de la réalité. Cette confrontation des données aux théories facilitée par les logiciels permet de réviser les théories, d'orienter la recherche et de faire des prévisions. C'est un outil d'analyse qui permet de mettre en évidence des relations entre variables économique qui n'étaient pas à priori évidentes. Il existe plusieurs types de modèles en économétrie. Dans notre étude nous allons utiliser un modèle linéaire.

2. Justification du choix du modèle économétrique linéaire

Une régression économétrique permet de décrire et d'évaluer la relation entre une variable dépendante et une ou plusieurs variables indépendantes. Dans la régression linéaire nous avons deux types de variables (dépendante et indépendante). On cherche à modéliser autrement dit à expliquer la variable dépendante à l'aide de la (ou les variables) variable dépendante. Dans les régressions économétriques les données sont exprimées :

En série temporelle : les observations sont faites sur le même individu à intervalle de temps réguliers.

En coupe instantanée : les variables sont observées à la même date sur un groupe d'individus.

En panel : les variables sont observées sur un échantillon d'individus à intervalles de temps réguliers.

En cohorte : les variables sont observées sur un même groupe d'individus pendant plusieurs années.

Le choix de la régression linéaire à variables explicative multiples pour mener notre étude s'explique par sa simplicité et son interprétation assez facile. Contrairement aux autres régressions non linéaires cette méthode se justifie lorsque les dérivées partielles sont des

constantes. Par exemple, la théorie keynésienne stipule qu'il existe un lien croissant entre la consommation (C) et le revenu (Y) :

$$C = f(Y)$$

A partir du tarif de la consultation, du tarif de l'hospitalisation, du prix des médicaments qui sont les variables explicatives donc indépendantes et du montant du forfait remboursé par l'état qui est la variable expliquée autrement dépendante nous allons construire notre modèle économétrique linéaire à variables multiples. En effet le forfait remboursé par l'état s'explique par les prestations contenues dans le paquet de soins offerts par le centre de santé aux enfants de 0 à 5 ans dans le cadre de la gratuité. Notre modèle linéaire à variables multiples sera donc :

$$\text{Montant du forfait} = \beta_0 + \beta_1 (\text{consultation}) + \beta_2 (\text{hospitalisation}) + \beta_3 (\text{prescription}) + \epsilon_0.$$

β_0 représente la constante

β_1 représente le coefficient ou la valeur estimée de la consultation

β_2 représente le coefficient ou la valeur estimée de l'hospitalisation

β_3 représente le coefficient ou la valeur estimée des médicaments prescrits

ϵ_0 représente la marge d'erreur possible

Ce modèle nous permettra de vérifier si les prestations que sont la consultation, l'hospitalisation, et les médicaments expliquent réellement le montant du forfait remboursé par l'état. Il permettra en outre de voir la prestation qui influence le plus sur le montant du forfait et s'il faut revoir le forfait ou bien payer simplement à l'acte.

Le logiciel R qui est un langage de programmation et d'analyse des données statistiques sera utilisé dans le cadre de l'étude.

3. Modélisation économétrique

Pour construire un modèle économétrique, il faut plusieurs étapes notamment 5 importantes.

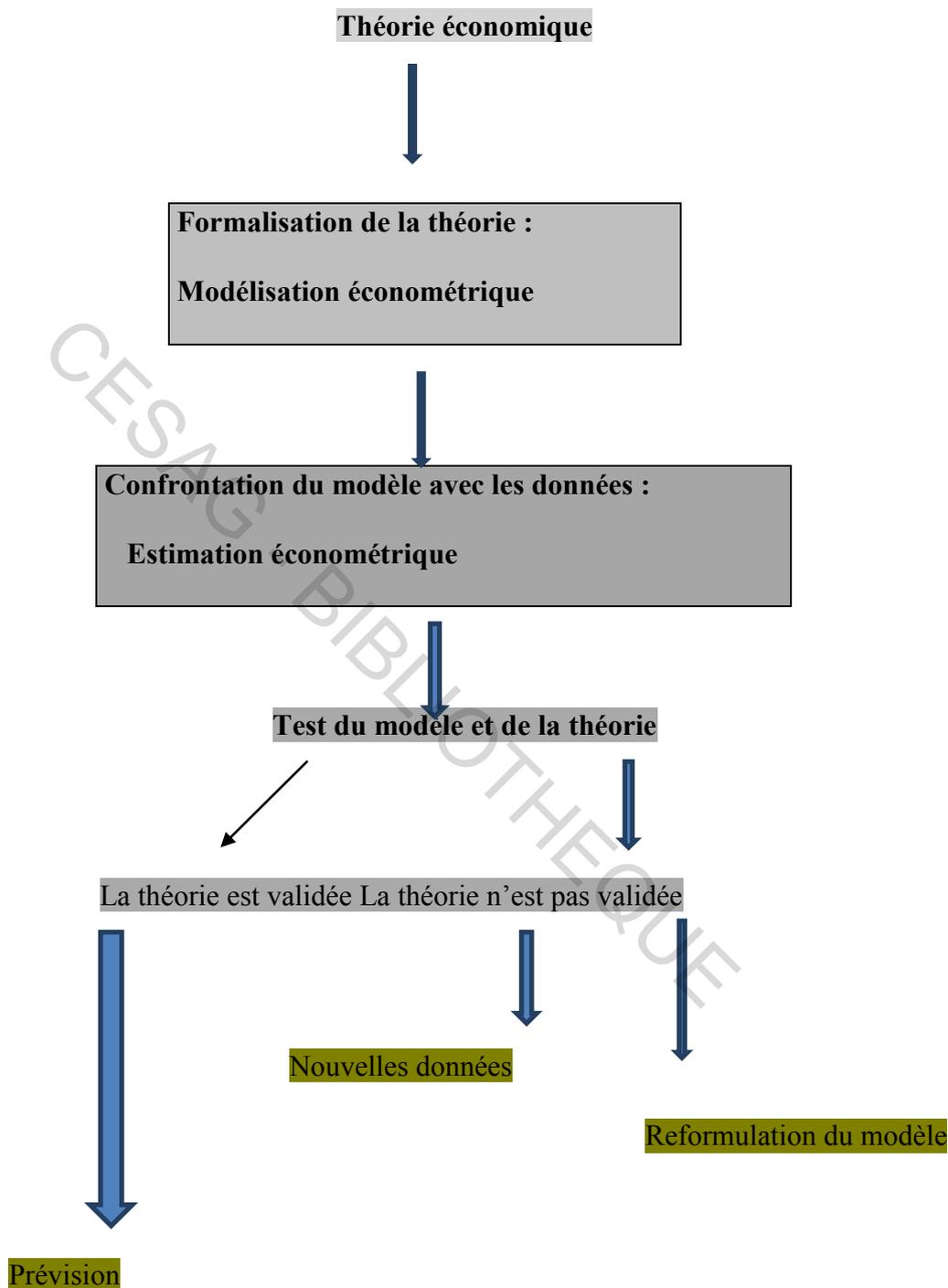


Figure N°1 : Les étapes d'un modèle économétrique

Source : cours d'économétrie de Docteur El hadji Gueye enseignant chercheur au CESAG

Ce schéma montre les différentes étapes d'un modèle économétrique :

Théorie économique : c'est une relation économique qui existerait entre plusieurs variables.
Exemple : On suppose que la consommation totale des ménages augmente avec leur revenu disponible réel, mais diminue quand le taux d'intérêt augmente.

Formalisation de la théorie économique : elle consiste à modéliser cette relation sous forme d'équation.

Confrontation du modèle avec les données : il s'agit de confronter les données théoriques au modèle économétrique.

Test du modèle : cette étape consiste à valider le modèle

Si le modèle est validé on fait des prévisions et si le modèle n'est pas validé on reformule le modèle avec de nouvelles données.

4. Limites des modèles économétriques

Les modèles économétriques sont souvent formulés à partir d'observations théoriques. Ces scénarios de références sont quasiment identifiés aux scénarios les plus probables. Cette formalisation de la théorie est souvent empreinte d'erreurs de spécification qui peuvent aussi entraîner une mauvaise estimation des paramètres à partir des données potentiellement erronées. Les observations prolongées par des simulations entraînent des prévisions faites avec les modèles économétriques basées sur des projections. Les individus hors normes échappent aussi aux champs d'application des modèles économétriques.

DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE I : CADRE D'ETUDE

I PRESENTATION DU CENTRE DE SANTE PHILIPPE MAGUILEN SENGHOR DE YOFF

1. Historique

Le processus de construction du centre de santé a démarré juste après les indépendances. En effet en 1963 une maternité a été construite puis en 1976 une infirmerie fut construite. Ce dispensaire a été baptisé le 7 juin 1984 du nom de Philippe Maguilen SENGHOR fils du premier président de la république du Sénégal Léopold Sédar SENGHOR mort dans un accident de voiture sur la route de l'aéroport le 4 juin 1981 à l'âge de 23 ans. Cette structure sera érigée en centre de santé en 1986. En 2004 un bloc opératoire est construit dont les activités ont démarré en 2011.

2. Site de l'étude

Le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR est un centre de santé de référence du district ouest du département de Dakar situé dans la commune de Yoff. Le district ouest se confond avec l'arrondissement des Almadies et couvre les communes de Yoff, Ngor, Ouakam et Sacré cœur Mermoz. La population couverte par le district s'élève en 2017 à 237 725 habitants selon les projections de la population du Sénégal faite par l'Agence Nationale pour la statistique et la démographie en juillet 2015. Le district ouest compte 9 postes de santé et 4 centres de santé dont le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR. C'est un centre de santé de type 2 situé sur la route de l'aéroport Léopold Sédar SENGHOR. Le centre santé polarise sept postes de santé (Tonghor, Diamalaye, Apepsyl, Yoff Ndénatt, Mermoz, Ouakam, Liberté 4) et deux autres centres de santé (Ngor, Ouakam).



Figure N°2 carte géographique district département Dakar

Source : carte sanitaire de la région de Dakar

3. Le personnel du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR

Le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR est dirigé par un médecin chef. Ce dernier en relation avec le comité de gestion appelé maintenant comité de développement sanitaire et l'équipe cadre du district assure la gestion du centre. Le CSPM dispose d'un effectif de 217 agents réparti en agents étatiques, municipaux et communautaires.

Un agent étatique est un agent recruté par la fonction publique qui est soit un fonctionnaire ou un non fonctionnaire.

Un agent municipal est un agent engagé par une collectivité locale et mis à la disposition des structures qui sont dans son territoire.

Les agents communautaires sont directement gérés par la structure elle-même.

Plus de la moitié du personnel sont des agents communautaires donc à la charge du centre de santé (57%) et pose un problème d'équilibre budgétaire par rapport à son statut de centre de santé. C'est un personnel très féminin aussi puisque 20% seulement sont de sexe masculin.

Tableau I : Répartition du personnel du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR selon leur statut et leur catégorie socio professionnelle.

N°	Catégorie socio – Professionnelle	Etatique			Commune de Yoff			Communautaire			Cumul
		Sexe		Total	Sexe		Total	Sexe		Total	
		M	F		M	F		M	F		
1	Médecin généraliste	1	1	2	0	0	0	6	0	6	8
2	Médecin anesthésiste-réa	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
3	Médecin pédiatre	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
4	Médecin dermatologue	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
5	Médecin cardiologue	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
6	Médecin gynécologue	1	2	3	0	0	0	0	0	0	3
7	Médecin ORL	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
8	Chirurgien-dentiste	1	1	2	0	0	0	0	0	0	2
9	Pharmacien	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
10	Technicien sup anesthésie	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2
11	Technicien sup administration	0	3	3	1	0	1	0	0	0	4
12	Technicien sup. Biologie	0	1	1	1	0	1	0	1	1	3
13	Technicien sup.odonto	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
14	Technicien sup. Ophtalmo	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2
15	Gestionnaire/comptable	1	0	1	0	0	0	0	1	1	2
16	Infirmier d'Etat	0	2	2	0	0	0	1	9	10	12

17	Sage-femme d'Etat	0	22	22	0	1	1	0	17	17	40
18	Assistant infirmier	0	2	2	0	1	1	0	7	7	10
19	Infirmier breveté	0	0	0	1	4	5	1	10	11	16
20	Technicien laboratoire	0	2	2	0	1	1	2	2	4	7
21	Assistant social	0	1	1	1	0	1	0	0	0	2
22	Aide infirmier	0	10	10	0	6	6	1	11	12	28
23	Agent de nettoyage	0	0	0	0	0	0	5	23	28	28
24	Agent de service/adm	1	3	4	0	0	0	3	0	3	7
25	Agent préventionniste	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2
26	Secrétaire	0	2	2	0	1	1	0	2	2	5
27	Chauffeur	1	0	1	2	0	2	0	0	0	3
28	Brancardier	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3
29	Lingère	0	0	0	0	0	0	0	7	7	7
30	Dépositaire	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5
31	Caissier	0	0	0	0	0	0	1	4	5	5
32	Technicien radiologie	1	0	1	0	0	0	2	0	2	3
33	Conseillère VIH/SIDA	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
	TOTAL	11	61	72	7	14	21	25	99	124	217

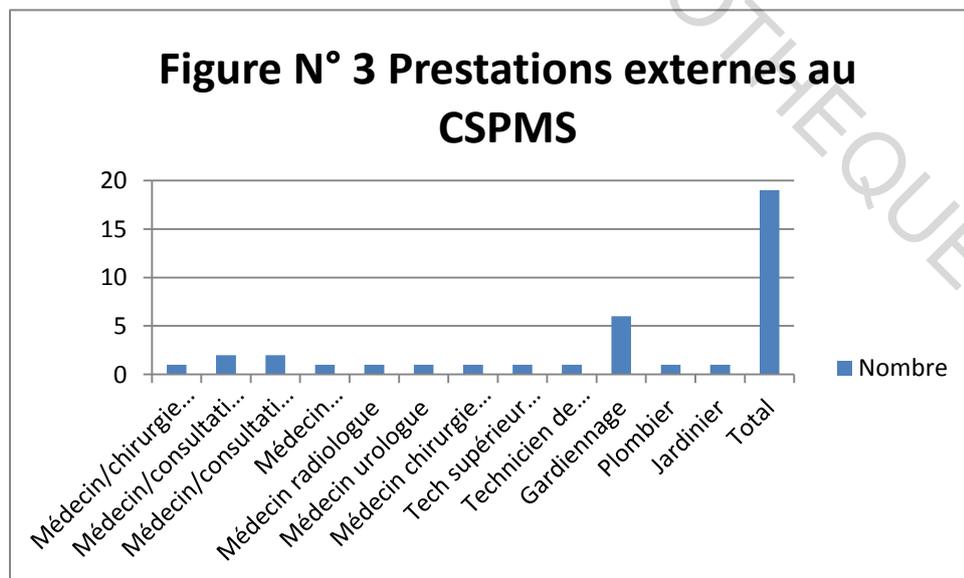
Source : centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR de Yoff/ médecin - chef

Par ailleurs, le centre de santé a signé des contrats de prestations pour renforcer le personnel soignant mais aussi pour certains services comme la maintenance, le gardiennage, la plomberie et le jardinage.

Tableau II : Répartition des prestations externes au centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR de YOFF

N°	Profession	Nombre
1	Médecin/chirurgie générale	1
2	Médecin/consultation médecin généraliste	2
3	Médecin/consultation pédiatrique	2
4	Médecin néphrologue	1
5	Médecin radiologue	1
6	Médecin urologue	1
7	Médecin chirurgien orthopédiste	1
8	Tech supérieur radiologie	1
9	Technicien de maintenance	1
10	Gardiennage	6
11	Plombier	1
12	Jardinier	1
	Total	19

Source : centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR de Yoff/ médecin- chef



Source : centre de santé Philippe Maguilen Senghor de Yoff/ médecin - chef

3. Organisation du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR

Le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR a une capacité de 70 lits et comprend :

- Des services médicaux avec des unités de consultation externe comme :
 - La cardiologie
 - La pédiatrie
 - La dermatologie
 - L'ophtalmologie
 - L'urologie sur rendez vous
 - L'ORL (otorhinolaryngologie)
 - La chirurgie générale
 - La néphrologie sur rendez vous
 - L'odontologie
 - Médecine interne
 - Un service d'imagerie médicale
 - Un service de laboratoire
 - Un service de gynécologie obstétrique
 - Une unité de consultations externes où sont offertes les prestations de suivi pré et post natal, de planification familiale, de consultation gynécologique et d'explorations échographiques
 - Deux salles d'opération
 - Une salle de soins avortement
 - Une salle de réanimation et de réveil post opératoire
 - Une salle de pansement
 - Une salle de stérilisation et de traitement du matériel

4. Les services de prise en charge des enfants de 0 à 5 ans dans le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR

La prise en charge des enfants de 0 à 5 ans au CSPMS est assurée par plusieurs services :

- L'unité de suivi pré et post natal, de planification familiale et de consultation gynécologique et d'explorations échographiques où est logée le programme élargi de vaccination (PEV) dont l'objectif est de :
 - Prévenir les maladies qui affectent les enfants de moins de 5ans

- Promouvoir la vaccination des enfants de moins de 5ans par une bonne communication
- Assurer la disponibilité des vaccins en quantité et en qualité
- Participer à la lutte contre la mortalité infanto juvénile
- Identifier les épisodes de malnutrition
- Le service de pédiatrie avec des points de consultation :
Les enfants de moins d'un an sont consultés par les pédiatres le matin
Les enfants de 12 à 59 mois sont consultés par les infirmiers le matin.

Après 14h les consultations sont faites par les médecins généralistes

- Le CSPMS dispose aussi d'une unité de néonatalogie pour la prise en charge des enfants prématurés.
- Les enfants de 0 à 5 ans bénéficient aussi en cas de besoin de consultation spécialisée comme la cardiologie, la dermatologie, l'ophtalmologie, l'ORL et l'odontologie entre autres.
- Un service social qui participe à la prise en charge par des exemptions de paiement en faveur des 0 à 5 ans pour les prestations qui ne figurent pas dans le panier de soins de la gratuité comme les analyses de laboratoire et les examens de radiologie.
- Une unité chargée de la gestion administrative de toutes les prestations qui sont prises en charge par l'agence pour la couverture maladie universelle.

La prise en charge des enfants de 0 à 5ans se fait de manière permanente et continue et fonctionne comme suit :

De 8h à 15h : une consultation médecin assurée par deux pédiatres pour les enfants de moins d'un an et une consultation paramédicale assurée par deux infirmiers diplômés d'état pour les enfants de plus d'un an avec une moyenne de 100 enfants par jour en plus des urgences.

De 15h à 20h : durant cette période la consultation est assurée par des médecins généralistes.

De 20h à 8h du matin : une garde assurée par les médecins et les infirmiers.

IILA GRATUITE CHEZ LES ENFANTS AGES DE 0 A 5 ANS

Au Sénégal est éligible tous enfants sénégalais qui se présentent dans une structure sanitaire publique avec un extrait de naissance, un carnet de vaccination ou tout autre document d'état civil pouvant attester l'âge de l'enfant. Toutes les structures sanitaires publiques (postes de

santé, centre de santé, hôpitaux) sont concernées. La mise en œuvre de cette politique est confiée à l'ACMU.

1. L'Agence de la couverture maladie universelle

L'agence pour la couverture maladie universelle est créée par le décret N° 2015 – 21 du 7 janvier 2015. Elle remplace la cellule d'appui à la couverture maladie universelle créée en 2013 avec beaucoup plus de moyens et de prérogatives. Elle est chargée de la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la couverture maladie universelle. L'ACMU est placée sous la tutelle technique du ministre chargé de la santé et la tutelle financière du ministre chargé des finances. Elle assure la tutelle des régimes de la couverture maladie universelle, à l'exécution de ceux relevant de l'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés et en charge de l'encadrement technique des organismes de prévoyance maladie qui les constituent. A ce titre, elle est chargée notamment :

- De soutenir les initiatives de gratuité, de promotion des mutuelles
- De négocier les tarifs des soins remboursables
- De renforcer les initiatives de gratuité
- De contrôler et de vérifier les mécanismes de facturation des prestataires de soins de santé
- De développer les mécanismes de financement des initiatives de gratuité en faveur des personnes vulnérables.

2. Les outils de gestion de la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans au centre de santé Philippe Maguilen SENHOR

La gestion des gratuités au niveau du centre est faite par le personnel administratif et technique par :

- Un logiciel paramétré entre 0 et 5 ans qui enregistre le nom et prénom, l'âge du malade, son adresse et ses contacts. Ce logiciel délivre des numéros d'enregistrement qui permettent de faire la situation journalière des prises en charge.
- Des registres de consultations uniquement réservés aux enfants de 0 à 5 ans au niveau des prescripteurs avec les mentions suivantes :
 - Nom et prénom
 - Date
 - Age
 - Adresse

- Diagnostic
- Traitement
- Hospitalisation

L'enregistrement d'un enfant par l'unité en charge de la couverture maladie universelle se fait sur la base du carnet de suivi postnatal de l'enfant afin d'obliger les parents à respecter le suivi vaccinal. Le justificatif de la nationalité de l'enfant est souvent demandé car cette initiative ne concerne que les enfants de nationalité sénégalaise.

3. Le circuit de la demande de remboursement

Le remboursement des soins offerts aux enfants de 0 à 5 ans est fait par l'ACMU. L'acheminement de ses factures au niveau de l'agence se fait en différentes étapes :

- Au niveau du centre de santé

Chaque mois l'unité chargée de la couverture maladie universelle dans le centre fait la situation globale de tous les enfants de 0 à 5 ans qui ont bénéficié du paquet de soins gratuit et la transmet au médecin chef du centre pour vérification et approbation.

- Au niveau du district

Le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR a la particularité d'être un centre de santé chef-lieu du district sanitaire de la zone ouest et le médecin chef du centre de santé est en même temps le médecin chef du district. Ce dernier va regrouper toutes les factures émanant de tous les centres de santé et poste de santé rattachés au district sanitaire et les transmette au médecin chef de la région médicale de Dakar.

- Au niveau de la région médicale

Le médecin chef de région à son tour se chargera de la compilation de l'ensemble des factures des différentes structures de la région et les transmettent au service régional de la couverture maladie universelle après approbation.

- Service régional de la couverture maladie universelle

C'est le premier niveau de la chaîne de contrôle médical des initiatives de gratuité. Pour les enfants de 0 à 5ans le contrôle porte sur l'éligibilité des bénéficiaires et sur l'effectivité de toutes les prestations du panier de soins offert. En effet la demande de remboursement doit être accompagnée par la copie du carnet de vaccination ou toutes autres pièces justifiant l'âge de l'enfant mais aussi d'une attestation de soins du médecin traitant précisant les prestations

offertes. Force est de reconnaître que les demandes de remboursement ne sont jamais accompagnées de ses pièces justificatives. C'est pourquoi il y'a pas de différence dans le remboursement entre les enfants qui ont bénéficié de l'ensemble des prestations du paquet et les enfants qui ont bénéficié d'une seule prestation du paquet de soins. Dans la plupart des cas il se suffit de la bonne foi des prestataires. Après validation par le responsable de l'unité de l'assistance médicale et approbation du chef de service du SRCMU une requête de paiement avec demande de paiement est établie et soumit à l'ACMU.

➤ Agence pour la couverture maladie universelle

La direction de l'assistance médicale chargée de la gestion des gratuits va faire une deuxième vérification. Par l'intermédiaire des mutuelles de santé les enfants mineurs des personnes bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale sont aussi pris en charge gratuitement dans les centres de santé. Afin d'éviter des doublons la DAME et la direction de l'assurance maladie qui gère les mutuelles de santé font une confrontation de leurs données. Après cette deuxième vérification la requête de paiement est soumise au directeur Général de l'agence. Ce dernier la valide et l'adresse au directeur administratif et financier. Le DAF prépare le mandat et liquide la dépense puis le transmet à la cellule du contrôle général. La CCG vérifie le respect des procédures et la disponibilité des crédits avant de transmet à nouveau la demande de remboursement au DG qui valide et l'envoie à l'agent comptable particulier. L'ACP après vérification des pièces comptables procéde au paiement des factures.

Le virement est fait dans le compte bancaire de la région médicale qui se chargera de faire la répartition entre les différentes structures sanitaires de la région (centres de santé et postes de santé).

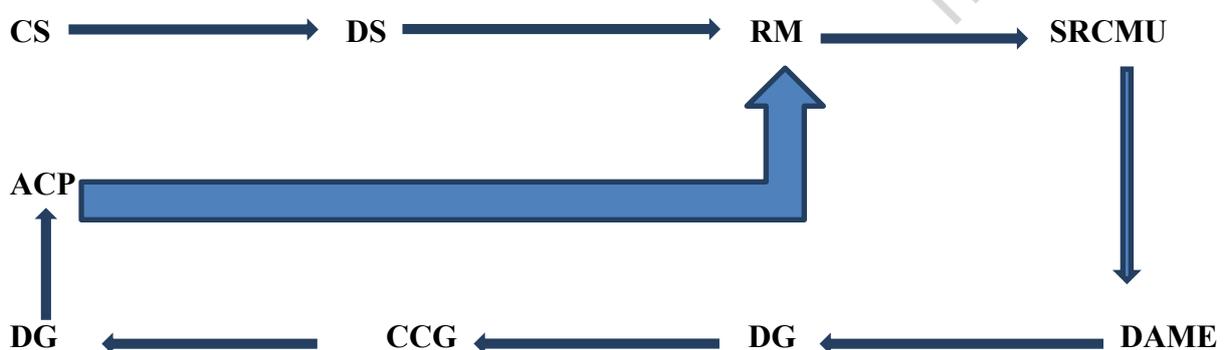


Figure N°4 circuit de la demande de remboursement des factures

Source: Agence pour la couverture maladie universelle

Chaque mois le responsable du centre de santé envoie la situation de prise en charge globale des enfants de 0 à 5ans au plus tard le 5 du mois au médecin chef de district accompagnée de toutes les pièces requises (les fiches individuelles de prise en charge et la facture récapitulative). Il cosigne avec le président du comité de développement sanitaire la facture récapitulative.

Le MCD remplit la fiche de synthèse mensuelle en y joignant la facture récapitulative et l'envoi au plus tard le 10 du mois au MCR lequel dispose de deux jours pour envoyer le dossier au SRCMU.

Le SRCMU par l'intermédiaire de l'unité d'assistance médicale procède aux vérifications et aux contrôles techniques et administratifs.

Le dossier transmis à la CMU passe d'abord par la DAME pour un second contrôle puis du DG à l'ACP pour vérification de la conformité et du respect des procédures comptables et financières.

4. Les délais de transmission des dossiers

La transmission des dossiers du centre de santé à l'agence obéit à des délais :

La transmission des factures du centre de santé et poste de santé vers le district sanitaire doit se faire au plus tard le 05 du mois.

Du district sanitaire à la région médicale au plus tard le 10 du même mois

De la région médicale au service régional de la couverture maladie universelle dans les 48 heures qui suivent.

Le SRCMU a un délai de 45 jours à compter de la date de réception des factures pour le traitement et la transmission à l'ACMU. Le délai de règlement des factures par l'ACMU n'est pas spécifié dans le manuel de procédure de l'agence.

5. Situation des remboursements chez les enfants de 0 à 5 ans au centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR

Pour l'année 2017, la situation des remboursements s'établit comme suit :

Tableau III : situation du remboursement du paquet de soins offert aux enfants de 0 à 5 ans au centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR

Période	Montant à rembourser	Montant remboursé
Trimestre1	17 478 000	0
Trimestre 2	12 838 500	0
Trimestre 3	18 495 000	0
Trimestre 4	18 868 500	0
<u>TOTAL</u>	67 680 000	0

Source : centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR/responsable personnel

Cette situation montre donc que pour l'année 2017 aucune facture n'a été remboursée dans le cadre de cette gratuité entraînant ainsi un sérieux problème de fonctionnement de la structure.

CHAPITRE II PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

1. Répartition des prestations du paquet de soins offert

L'initiative de la gratuité des soins chez les enfants âgés de 0 à 5 ans a commencé depuis octobre 2013 avec comme panier de soins la consultation, l'hospitalisation d'une durée de sept jours maximum et les médicaments essentiels génériques. Ces trois prestations sont remboursées par l'Etat à un tarif forfaitaire de quatre mille cinq cents francs (4 500) CFA par enfant pris en charge.

Tableau IV : répartition des différentes prestations du paquet de soins chez les enfants de 0 à 5 ans au CSPMS du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017

Nombre d'enfants	Soins reçus	pourcentage
01	Consultation + médicaments + hospitalisation	0,26%
167	Consultation+ médicaments	43,38%
217	Consultation	56,36%

Source : centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR/registre de consultation

Ce tableau nous renseigne sur l'effectivité des prestations contenues dans le paquet de soins. En effet nous constatons que sur les 385 enfants de notre échantillon un seul a pu bénéficier de l'ensemble des prestations du paquet de soins ce qui représente un taux de 0,26%, 167 ont bénéficié de la consultation et des médicaments soit un taux de 43,38% et enfin 217 enfants ont reçu uniquement la consultation représentant un taux de 56,36%.

Ces résultats montrent il n'y a pas une effectivité des prestations de soins. Le montant forfaitaire de 4 500f qui couvre l'ensemble des soins contenus dans le paquet ne concerne uniquement que 0,26% des enfants de 0 à 5 ans. En réalité il y'a qu'un enfant sur 385 qui bénéficie du paquet de soins complet. Sur les 15 040 enfants pris en charge durant l'année 2017, il n'y a que 39 enfants qui ont l'ensemble des prestations du paquet. Si on extrapole les résultats au niveau national durant l'année 2017 sur les 4.695.827 enfants âgés entre 0 et 5 ans seul 12 197 enfants ont en réalité bénéficié de l'intégralité du paquet de soins ; 2.646.739 enfants n'ont reçu qu'une consultation. Face à cette situation, il urge de mettre en place un dispositif de contrôle adéquat permettant de vérifier l'effectivité des prestations définies dans le paquet de soins autrement dit une adéquation entre les prestations offertes et le panier défini. L'attestation de soins signée par le médecin traitant ou figurent l'ensemble des soins

dispensés est aujourd'hui un document indispensable pour corriger ses manquements. Par ailleurs, la présence d'une copie du carnet de santé est aussi un moyen de vérifier l'éligibilité des patients.

Par ailleurs les entretiens que nous avons faits avec les responsables de l'ACMU confirment ce résultat. En effet, d'après des enquêtes réalisées par l'agence dans la plus part des structures sanitaires les enfants âgés de 0 à 5 ans ne bénéficient plus du paquet de soins complet. Il ne voit plus une différence entre les soins offerts aux enfants de 0 à 5 ans dans les postes de santé et ceux offerts dans les centres de santé. Pourtant le montant du forfait est de 1.400 FCFA par enfant dans les postes de santé et 4.500 FCFA par enfant dans les centres de santé. Cet entretien nous révèle aussi les difficultés qu'ils ont dans le contrôle des initiatives de gratuité fautes de ressources humaines mais aussi à cause des retards dans l'acheminement des factures.

L'entretien avec le personnel soignant et administratif du centre de santé révèle une surcharge de travail dans les différents services de prise en charge des enfants âgés de 0 à 5 ans. Le personnel s'offusque aussi du déficit de communication de l'ACMU sur les initiatives de gratuité. Le problème de trésorerie du fait des retards de remboursement revient souvent dans les entretiens.

2. Analyse des données avec le logiciel R

Modèle de Régression linéaire à variables multiples

Coût : montant de la prise en charge des enfants âgés de 0-5ans dans le centre de santé =
montant du forfait = 4.500 FCFA

Consul : Tarif consultation des enfants âgés de 0-5ans

Hosp : Montant hospitalisation des enfants âgés de 0-5ans

Prescript : prescription médicaments génériques essentiels aux enfants âgés de 0-5ans

Les données se trouvent dans le fichier Excel : donneesmeissa3.xls

$COUT = \text{montant forfait} = \beta_0 + \beta_1 \text{ consul} + \beta_2 \text{ hosp} + \beta_3 \text{ prescript} + \varepsilon_i$

L'analyse des données recueillies nécessite d'abord une estimation des paramètres.

- ❖ Estimer les paramètres de ce modèle par la méthode des moindres carrés ordinaires à l'aide du logiciel R.

➤ **Estimation des paramètres:**

- $\beta_0 = 4.500.10^2$
- $\beta_1 = \text{NA}$
- $\beta_2 = - 8.066.10^{-17}$
- $\beta_3 = 7.006.10^{-17}$

❖ **Discuter la significativité individuelle des paramètres, la significativité globale et le niveau de satisfaction du modèle.**

➤ **significativité individuelle des paramètres**

✓ Significativité de β_0

$H_0 : \beta_0 = 0$ contre $H_1 : \beta_0 \neq 0$ avec $\alpha=0.05$

On a : P value = $2.10^{-16} < 0.05$, alors on ne rejette pas H_0 c'est-à-dire que β_0 est significatif.

✓ Significativité de β_1 :

Le paramètre β_1 ne peut être estimé car la consultation est une constante

✓ Significativité de β_2 :

$H_0 : \beta_2 = 0$ contre $H_1 : \beta_2 \neq 0$ avec $\alpha=0.05$

On a : P value = $0.532 > 0.05$, alors on rejette H_0 au profit de H_1 donc β_2 n'est pas significatif.

✓ Significativité de β_3 :

$H_0 : \beta_3 = 0$ contre $H_1 : \beta_3 \neq 0$ avec $\alpha=0.05$

On a : P value = $0.348 > 0.05$, alors on rejette H_0 au profit de H_1 donc β_3 est significatif.

➤ Significativité globale :

P value du modèle = $2.2.10^{-16} < 0.05$ donc le modèle est globalement significatif au seuil $\alpha=0.05$.

➤ Niveau de satisfaction :

R-squared nous permet de trouver le niveau de satisfaction :

Nous avons R-squared (R^2) = 0.4999. Alors $0.4 < R^2 < 0.60$ donc le modèle est moyennement satisfaisant.

Le montant du forfait (4.500FCFA) est une variable qui doit être expliqué par les variables explicatives que sont la consultation, l'hospitalisation et la prescription. En effet c'est l'effectivité des différentes prestations du paquet de soins qui doit justifier le montant du remboursement. Ainsi il doit exister une corrélation entre la variable explicative qui est le

montant du forfait et les variables explicatives qui composent le panier de soins défini par l'Etat.

La non significativité des paramètres du modèle montre clairement que le montant remboursé par l'Etat n'est pas expliqué par les prestations contenu dans le paquet de soins qui sont la consultation, l'hospitalisation et la prescription de médicament génériques essentiels. Ainsi donc il n'existe pas de relations significatives entre le paquet de soins offerts aux enfants âgés de 0 à 5ans et le montant remboursé par l'Etat. Cette analyse montre que la décision de payer un montant forfaitaire n'a pas été faite sur des bases objectives et scientifiques. En effet si le montant du forfait était calculé en tenant compte des différents composants du paquet de soins défini l'analyse avec le logiciel devrait confirmer la significativité des paramètres d'autant plus que le modèle que nous avons choisi est globalement satisfaisant donc adapté à l'étude.

Dans beaucoup de pays ce mode de remboursement est adopté mais il a nécessité des études en amont et des évaluations sont faites régulièrement afin de revoir le montant c'est le cas en France avec le remboursement des médicaments prescrits.

1. Répartition des prestations du paquet de soins en fonction du Montant

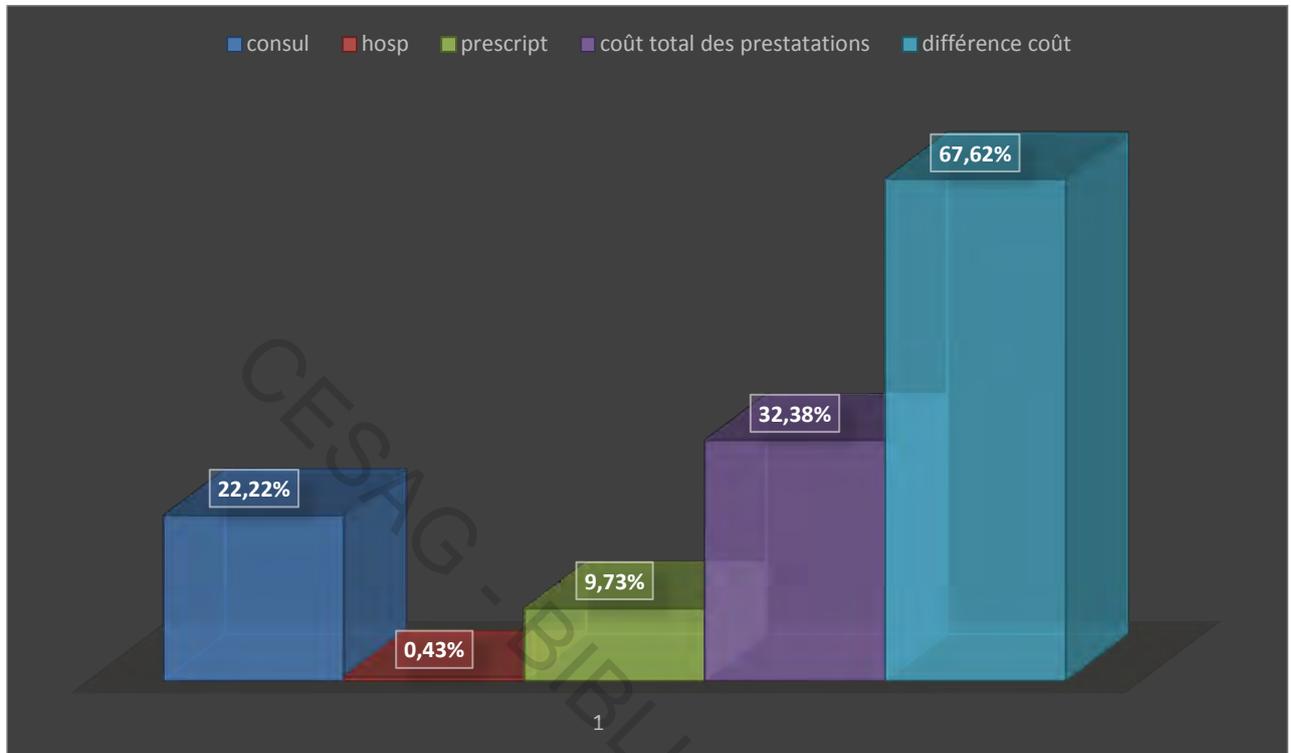


Figure N°5 Structure tarif prestations du paquet de soins offerts aux enfants de 0 à 5 ans au CSPMS du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017

Source : Données des registres de consultation des enfants âgés de 0 à 5 ans au CSPMS

L'analyse de ce graphique révèle que le coût de la consultation (22,22%) pour un montant de 385.000 FCFA est le plus important du tarif des prestations. Les prescriptions (9,73%) viennent en second pour un montant de 168.500 FCFA ensuite l'hospitalisation (0,43%) seulement pour un montant de 7500 FCFA.

Le graphique montre et confirme les résultats de notre analyse avec le logiciel R. En effet à part la consultation qui est une constante aucune autre prestation du paquet de soins n'a un impact significatif sur le montant du forfait.

Les médicaments qui sont déterminants dans la prise en charge sont encore largement supportés par les malades. Ils ne représentent que 9,73% du montant du forfait soit 437,85 FCFA. Au Sénégal le dernier rapport sur les comptes de la santé a montré que sur les 58% des

dépenses des ménages sur les dépenses courantes de santé, 68% sont liés à des dépenses en médicaments.

L'hospitalisation est non seulement rare mais a un impact quasi nul sur le montant du forfait. Son statut de centre de santé urbain entouré d'hôpitaux pourrait être un élément justificatif.

Les entretiens que nous avons eu le personnel soignant ont montré que effectivement de plus en plus les hospitalisations sont moins fréquentes à cause de la diminution du taux de morbidité de certaines maladies comme le paludisme qui représentait une part importante du motif d'hospitalisation chez les enfants âgés de 0 à 5 ans.

Le montant des prestations contenu dans le panier défini par l'état au niveau du centre de santé s'élève à 561.000 FCFA représentant 32,38% du forfait remboursé par l'état pour la prise en charge des enfants de 0-5ans.

L'Etat à travers l'ACMU rembourse au centre de santé 1.732.500 FCFA alors que la facture réelle est de 561.000 FCFA pour les 385 enfants de notre échantillon durant l'année 2017. Si on généralise les résultats de cette étude sur les 15.040 enfants de 0 à 5 ans pris en charge durant l'année 2017 on constate que sur une facture de 67.680.000 FCFA envoyé à l'Etat par le centre de santé c'est 21.914.784 FCFA qui constituent la facture effective. Autrement dit, 45.765.216 FCFA ne sont pas consommés par les enfants de 0 à 5 ans.

Nous remarquons donc qu'il existe une différence de 45.765.216 FCFA soit 67,62% entre le montant facturé à l'Etat et le montant des prestations réellement offertes aux de 0 à 5 ans dans le centre de santé.

L'analyse de la facture que l'Etat devrait rembourser montre que le remboursement par enfant pris en charge est de 1.457,14 FCFA. Ainsi pour chaque enfant de 0 à 5 ans bénéficiant de la gratuité dans le centre de santé l'Etat perd en moyenne 3.042,86 FCFA.

L'ACMU conscient du phénomène avait commandité une étude pareille dans un centre de santé de la région de Kédougou. Les résultats d'après les responsables de l'ACMU ont montré que 6% seulement des enfants âgés de 0 à 5 ans bénéficient des médicaments.

Les accompagnants des enfants interrogés dans la plupart des cas (4/5) pensent que les médicaments ne font pas partis de la gratuité. En effet plusieurs d'entre eux ont confirmé que les médicaments prescrits sont toujours achetés à l'officine.

Dans un contexte de rareté des ressources et d'une réduction sans cesse de l'aide au développement l'efficacité dans la gestion doit être une priorité absolue. Le recouvrement des initiatives de gratuité ne reste que pour sa pérennité doit aujourd'hui être corrigé.

II RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude sur l'analyse du recouvrement de la gratuité des soins chez les enfants de 0 à 5ans au centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR de YOFF qui nous a permis de mettre en relief la relation entre les prestations du paquet de soins défini par l'Etat et le montant du forfait remboursé par l'Etat nous formulons les recommandations ci-dessous aux principaux acteurs concernés :

✚ Au Ministère de l'économie des finances et du plan

- D'estimer le montant annuel des remboursements et le mettre à la disposition de l'ACMU
- D'alléger les procédures de remboursements
- D'aider les structures sanitaires en relation avec le ministère de la santé et de l'action sociale à avoir une comptabilité analytique
- De renforcer les lignes budgétaires destinées au remboursement des initiatives de gratuité dans un contexte de couverture sanitaire universelle

✚ Au ministère de la santé et de l'action sociale

- De faire le plaidoyer pour le renforcement institutionnel de l'ACMU
- De réviser la liste des médicaments essentiels génériques
- De renforcer les ressources humaines dans les centres de santé face à l'augmentation de la demande liée à la gratuité
- De veiller à minimiser les ruptures de stock de médicaments à la PNA
- De plaider pour l'augmentation de la subvention des centres de santé qui constituent le premier niveau de référence.

✚ A l'ACMU

- De faire un nouveau ciblage des bénéficiaires des initiatives de gratuité
- De renforcer le contrôle de l'effectivité des prestations en amont en dotant les SRCMU de ressources humaines qualifiées.
- De procéder aux paiements à l'acte à la place du forfait
- D'orienter certains bénéficiaires de la gratuité dans les mutuelles de santé (promouvoir l'adhésion aux mutuelles)
- De renforcer la communication sur les initiatives de gratuité

- De renforcer les SRCMU en ressources humaines qualifiées pour un suivi et un contrôle réguliers des initiatives de gratuité
- D'accélérer le vote de la loi sur la couverture maladie universelle.
- De payer à temps les factures

Au centre de santé

- De promouvoir la prescription des MEG chez les enfants de 0 à 5 ans
- De faire un plaidoyer pour un renforcement de son personnel soignant
- De faire un plaidoyer pour l'érection du centre de santé en EPS 1
- De poursuivre la politique de recrutement de médecins pédiatres et généralistes vacataires pour la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans.
- De plaider pour un recrutement d'une partie du personnel contractuel du centre par l'Etat afin de réduire les charges.
- De renforcer les services de prise en charge des enfants de 0 à 5 ans en matériels et consommables.
- De réfléchir sur un système de motivation du personnel pour éviter les départs
- De renforcer l'informatisation des services pour une bonne conservation des données.
- De mettre en place un mécanisme de contrôle interne de manière participative et inclusive.
- De remplir les outils de gestion avec beaucoup de transparence.

CONCLUSION GENERALE

La couverture maladie universelle qui est un accès à des soins de qualité à toutes les catégories de la population sans barrières financières avec ses trois dimensions que sont :

- Accessibilité aux soins
- Qualité des soins
- La prise en compte des déterminants de la santé,

est une priorité pour les pouvoirs publics africains.

Le Sénégal s'est inscrit dans cette dynamique à travers le Plan Sénégal Emergent (PSE) notamment dans l'axe II relatif au capital humain, protection sociale et développement durable. Il s'agit entre autre de satisfaire les besoins sociaux de base qui constituent un facteur essentiel à la promotion humaine durable par une prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant et la protection des couches vulnérables.

Cette noble ambition pour des soins de qualité équitables et accessibles s'est traduite par des initiatives de gratuité en faveur des pauvres et des couches vulnérables.

Mais face à une demande de soins de plus en plus grande et des ressources limitées nous avons décidé d'analyser le recouvrement des initiatives de gratuité des soins chez les enfants âgés de 0 à 5 ans au centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR de Yoff dans la région de Dakar. L'objectif de cette étude est de vérifier la conformité du montant des remboursements et les soins offerts aux enfants de 0 à 5 ans conformément au panier de soins défini par l'Etat.

Il ressort de nos analyses des données recueillies que le montant remboursé par l'Etat est supérieur aux tarifs des soins offerts aux enfants de 0 à 5 ans dans le cadre de la gratuité au niveau du centre de santé infirmant ainsi notre hypothèse de départ qui s'intitule :

Notre étude a montré que le montant du remboursement n'est pas conforme aux soins offerts gratuitement aux enfants âgés de 0 à 5 ans au CSPMS.

Par ailleurs, notre étude nous a permis aussi d'atteindre les objectifs spécifiques posés :

- ✓ Déterminer l'adéquation entre les soins offerts aux enfants de 0 à 5 ans au niveau du centre de santé et le panier de soins défini par l'Etat.

A travers l'étude nous avons noté que le panier de soins défini par l'Etat ne correspond pas aux soins offerts aux enfants de 0 à 5 ans dans le centre. En effet les prestations contenues dans le panier ne sont pas toutes offertes dans le centre.

- ✓ Analyser la conformité de la facture par rapport aux soins dispensés au CSPMS.

L'analyse des factures nous a permis de constater que le montant facturé n'est pas conforme au tarif des soins offerts aux enfants de 0 à 5 ans dans le centre de santé.

- ✓ Analyser le tarif moyen des soins offerts aux enfants de 0 à 5 ans au CSPMS.

En analysant le montant réel qui devrait être facturé nous constatons que le tarif moyen que l'Etat doit rembourser est de 1.457,14 FCFA par enfant pris en charge à la place des 4.500FCFA.

En somme cette étude comme d'autres doit permettre aux autorités de revoir le recouvrement des initiatives de gratuité surtout chez les enfants âgés de 0 à 5 ans. Il est important et nécessaire de mettre en place un système de remboursement plus adapté et un dispositif de contrôle de l'effectivité des prestations seul gage de pérennisation de cette initiative de gratuité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Assise nationale de la santé. (2000).
2. BALIQUE H. (1996), *La réforme hospitalière au Sénégal : analyse et perspective*
3. Banque Mondiale. (2015), *Une couverture sanitaire universelle pour un développement durable inclusif*.
4. BONNET P. (2002), *Principe d'accessibilité aux soins*.
5. CMU. (2017), *Manuel de procédures pour la gestion des initiatives de gratuité*
6. DE SARDAN J, P, O. (2010), *Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques. Dispositifs de recherche, commanditaires, réformes, l'Anthropologie et Santé*.
7. DESCLAUX A. (2007), *Accès aux soins en Afrique : un changement de culture*, 70 *Bulletin Amades*.
8. EVELINE B. (2010), *protections sociales en Afrique subsaharienne : le cas du Sénégal*, NOTE n°56 - *Fondation Jean-Jaurès*.
9. FALL A. (2017), *Calcul des coûts d'une césarienne à l'hôpital de Saint Louis*, *Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du MBA en économie de la santé au CESAG*, 71 pages.
10. FLORENCE J. et Al. (2017), *Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ?* *Questions d'économie de la santé* n° 225.
11. Fonds français MUSOKA : *rapport*. (2011).
12. G Aït Mehdi, Ridde V. (2015), *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*, *Cahiers d'études africaines [En ligne]*, 218 pages
13. GORDON M. (1981), *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*, *presse de l'université de Laval, Québec*.
14. GOURLIER S. (2014), *Analyse de la rentabilité d'un produit en santé individuelle*, *Mémoire pour l'obtention du diplôme du Master Actuariat et l'admission à l'Institut des Actuaire, l'Université Paris Dauphine*
15. GUEYE A, K et SECK P, S. (2009), *Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal*.
16. GUEYE El Hadji. Enseignant - *chercheur au CESAG, cours statistiques et économétrie* (2018).

17. GUICHARD A et RIDDE V. (2007), *Réduire les inégalités sociales en santé : aporie, épistémologie et défis*.
18. HAUDEVILLE B. (2009), *Micro-intermédiation et protection sociale des populations vulnérables : Application au cas des économies africaines*, Université d'Aix Marseille III.
19. NANDA P. (2002), *Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care*.
20. NITIÈMA A.P, RIDDE V&. Al. (2003), L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays d'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso, *International Political Science Review*, vol.24(2) : 237-256.
21. OMS. (2018), *Rapport 68ème session du bureau régional pour l'Afrique*.
22. OMS. (2010), *Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture sanitaire universelle*.
23. OMS. (2008), *Rapport sur la santé dans le monde*.
24. OMS. (2007), *Les politiques de gratuité*
25. OMS. (2005), *Résolution WHA 58.33 de l'assemblée mondiale de la santé Financement durable de la santé, couverture maladie universelle et système de sécurité sociale*.
26. OMS. (2004), *Rapport sur le financement de la couverture maladie universelle : Atteindre la couverture maladie universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles clé durant la période de transition*
27. OMS. (2000), *Rapport sur la santé dans le monde*
28. OMS. (1981), *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 », série « santé pour tous n° 3*.
29. PENFOLD S, HARRISON E, BELL J, FITZMAURICE A. (2007), *Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: population estimates of changes in delivery service utilization in two regions, Ghana, pages: 100-9*.
30. *Rapport de l'agence pour la couverture maladie universelle. (2017). Rapport de l'ANSD. (2013)*.
31. REPUBLIQUE DU SENEGAL : *Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Stratégie National de financement de la santé pour tendre vers la couverture sanitaire universelle. (2017)*.
32. REPUBLIQUE DU SENEGAL : *Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Stratégie National de financement de la santé pour tendre vers la couverture sanitaire universelle*.

33. REPUBLIQUE DU SENEGAL : *Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Plan national pour le développement sanitaire PNDS. (2009-2018).*
34. Résolution de l'Union Africaine. (2010).
35. RIDDE V, (2015), Exemption des soins, *couverture universelle en santé et universalisme proportionné.*
36. RIDDE V, SARDAN O. (2014), *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger.*
37. RIDDE V. (2004), « *L'initiative de Bamako 15 ans après-un agenda inachevé* ».
38. RIDDE V, GRARD J-E. (2004), *Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains, Santé publique, n°41 :37-51.*
39. SAMB O, M, RIDDE V & AL. (2013), *Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ?*, 215 *Tiers-Monde*, pp. 73-91.
40. SARRM. (2017), Evaluation de la mise en œuvre de l'initiative de gratuité des soins chez les enfants de moins de 05 ans dans les centres de santé : Nabil Choucair et Pikine de la région médicale de Dakar, Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du MBA en gestion des services de santé : option gestion des programmes de santé au CESAG, 101 pages.
41. TIZIO S, FLORY Y. (1997), *l'initiative de Bamako: Santé pour tous ou malade pour tous ?*, revue tiers monde, 837pages.

REFERENCES WEBOGRAPHIE

<<http://anthropologiesante.revues.org/86>>.

<<http://libdoc.who.int/publications/9242800031.pdf>>).

URL: <http://journals.openedition.org/etudesafricaines/18167>

www.bibnum.ucad.sn

www.viepublique.fr/systemes-bismarckien-beveridgien-protectionsociale-quelles-caracteristiques

<https://www.musee-assurance-maladie.fr>

<https://www.alternatives-economiques.fr/bismarckien-beveridgien>

www.medicare.gov

www.who.int/gho/publications/world-health-statistics/fr/

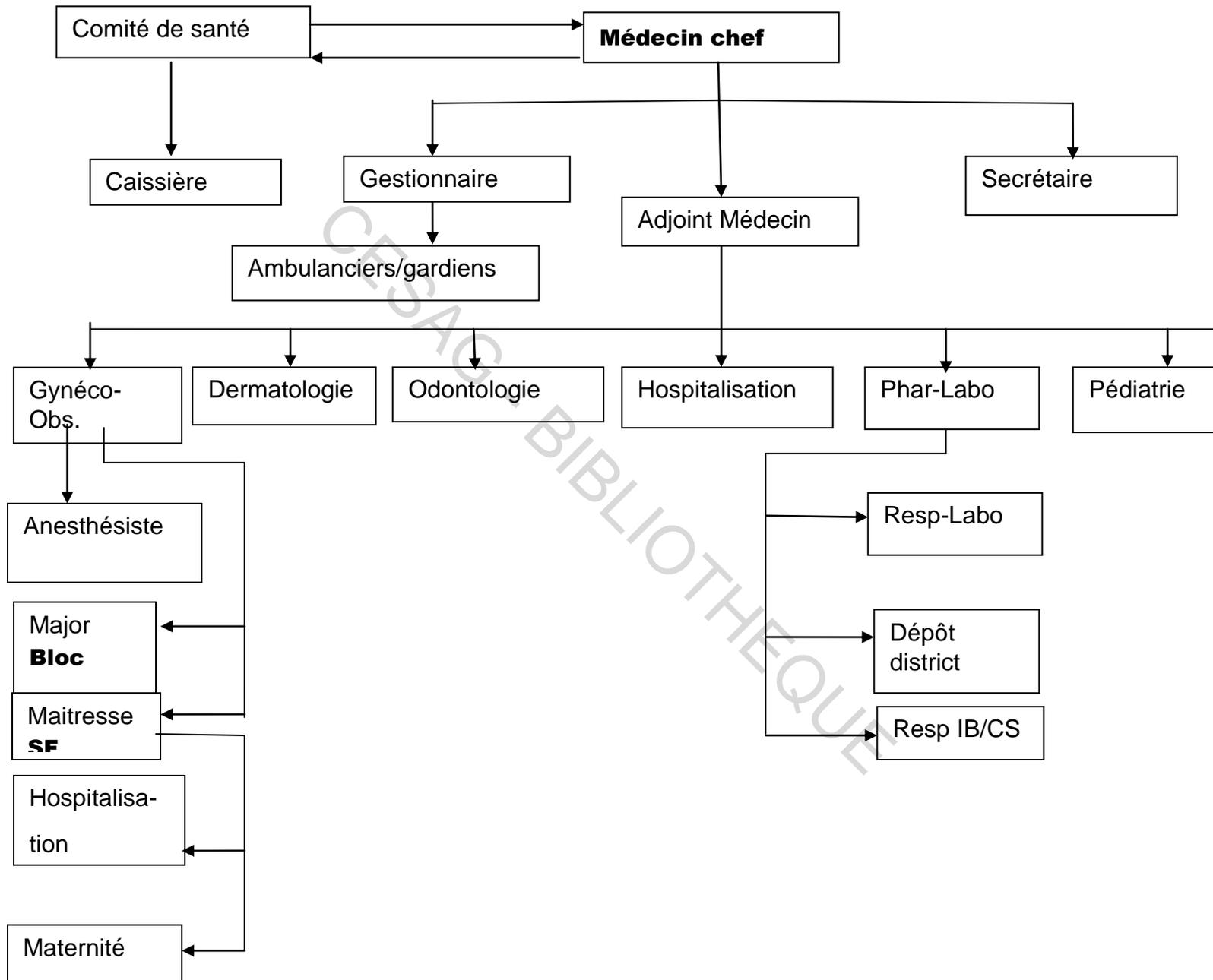
<https://www.who.int/whr/previous/fr/>

agencecmu.sn

RESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Organigramme Fonctionnel du CSPMS



RESULTAT TRAITEMENT DONNEES PAR LE LOGICIEL R

```
> donnees<-read.table("D:/donneesmeissa3.csv",sep=";",header=TRUE)
> donnees
  cout consul hosp prescript
1   450   100    0         90
2   450   100    0          0
3   450   100    0          0
4   450   100    0          0
5   450   100    0          0
6   450   100    0          0
7   450   100    0         60
8   450   100    0        100
9   450   100    0          0
10  450   100    0         90

> reg<-lm(cout~consul+hosp+prescript,data=donnees)
> summary(reg)

Call:
lm(formula = cout ~ consul + hosp + prescript, data = donnees)

Residuals:
    Min       1Q   Median       3Q      Max
-1.530e-14 -6.897e-15 -9.413e-16 -9.413e-16  1.467e-12

Coefficients: (1 not defined because of singularities)
              Estimate Std. Error  t value Pr(>|t|)
(Intercept)  4.500e+02  4.941e-15  9.107e+16 <2e-16 ***
consul       NA         NA         NA         NA
hosp        -8.066e-17  1.288e-16 -6.260e-01  0.532
prescript    7.006e-17  7.460e-17  9.390e-01  0.348
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 7.536e-14 on 381 degrees of freedom
(2 observations deleted due to missingness)
Multiple R-squared:  0.5024,    Adjusted R-squared:  0.4998
F-statistic: 192.3 on 2 and 381 DF,  p-value: < 2.2e-16
```

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE PERSONNEL DU CSPMS

Thème 1 : niveau de connaissance des initiatives de gratuité des 0- 5 ans

Thème 2 : formation sur les initiatives de gratuité

Thème 3 : condition de travail et motivation

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES RESPONSABLES DE L'ACMU

Thème 1 : ciblage des bénéficiaires de la gratuité chez les enfants âgés de 0-5 ans

Thème 2 : Paquet de soins offert pour les enfants âgés de 0 à 5 ans

Thème 3 : financement de la gratuité des enfants âgés de 0 à 5 ans

FICHE DE RECUEIL DE PRESTATIONS OFFERTES AUX ENFANTS ÂGÉS DE 0 À 5 ANS ET LEURS TARIFS AU CSPMS EN 2017

COÛT	CONSUL	HOSP	PRESCRIPT
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	600
4 500	1 000	0	1000
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	1 200
4 500	1 000	0	1 200
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 200
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 150
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	1 000
4 500	1 000	0	1 350

4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	1 000
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 950
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	7500	8 500
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0

CETSAG - BIBLIOTHEQUE

4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	300
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	2 050
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	1 000
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 200
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0

CFE SAG - BIBLIOTHEQUE

4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	300
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 000
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0

4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 400
4 500	1 000	0	600
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	600
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	1 000
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900

4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	1 400
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	300
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 200
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	0

4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	0

CFE SAG - BIBLIOTHEQUE

4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	500
4 500	1 000	0	900
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	600
4 500	1 000	0	1 200
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	1 200
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	1 350
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	0
4 500	1 000	0	600
4 500	1 000	0	850
4 500	1 000	0	850

CFE SAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	iii
LISTE DES FIGURES	iv
LISTE DES ABREVIATIONS	v
SOMMAIRE	vi
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE	6
CHAPITRE I : REVUE DE LA LITTERATURE	7
I LES TEXTES DE LOIS QUI ENCADRENT LA PRATIQUE MEDICALE ET LES RAPPORTS D’EVALUATION	7
II DE LA GRATUITE ET DE L’ACCESSIBILITE DES SOINS DANS UN CONTEXTE DE COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE	11
CHAPITRE II : METHODOLOGIE	19
I METHODOLOGIE DE COLLECTE DES DONNEES	19
1. Type et durée de l’étude	19
2. Méthodes et Outils de collecte des données	19
3. Population d’étude et échantillonnage	19
II METHODOLOGIE D’ANALYSE DES DONNEES	20
1. Définition et utilité de l’économétrie	20
2. Justification du choix du modèle économétrique linéaire	20
3. Modélisation économétrique	22
4. Limites des modèles économétriques	23
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE	24
CHAPITRE I : CADRE D’ETUDE	25
I PRESENTATION DU CENTRE DE SANTE PHILIPPE MAGUILEN SENGHOR DE YOFF	25
1. Historique	25
2. Site de l’étude	25
3. Le personnel du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR	26
4. Organisation du centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR	30
5. Les services de prise en charge des enfants de 0 à 5 ans dans le centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR	30
II LA GRATUITE CHEZ LES ENFANTS AGES DE 0 A 5 ANS	31
1. L’Agence de la couverture maladie universelle	32
2. Les outils de gestion de la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans au centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR	32

3. Le circuit de la demande de remboursement-----	33
4. Les délais de transmission des dossiers -----	35
5. Situation des remboursements chez les enfants de 0 à 5 ans au centre de santé Philippe Maguilen SENGHOR -----	35
CHAPITRE II : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS-----	37
I PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS-----	37
1. Répartition des prestations du paquet de soins offert -----	37
2. Analyse des données avec le logiciel R -----	38
II RECOMMANDATIONS-----	43
CONCLUSION GENERALE -----	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	47
ANNEXES -----	51

CESAG - BIBLIOTHEQUE