

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

LA FACULTE DES SCIENCES
ECONOMIQUES
ET DE GESTION

CONFERENCE DES INSTITUTIONS
D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE
ECONOMIQUES EN AFRIQUE

(FASEG)

(CIEREA)



PROGRAMME DE TROISIEME CYCLE INTERUNIVERSITAIRE (PTCI)

Troisième Promotion

THEME:

**IMPACT EN TERMES D'ACCES SUR LES POPULATIONS
SEMI-URBAINES, DE LA TARIFICATION DES SOINS DE
SANTÉ PRIMAIRES:
CAS DU DISTRICT DE GUEDEAWAYE AU SENEGAL**

**MEMOIRE DE DEA EN ANALYSE ECONOMIQUE
(Diplôme d'Etudes Approfondies)**

Option: Economie des Ressources Humaines

Présenté et soutenu publiquement par :

Amadou Moustapha BADJI

Sous la Direction de :

Monsieur Moustapha KASSE,
Professeur en Economie.

Année académique 1997-1998

DEDICACES.

Au nom d'ALLAH, clément et miséricordieux,

Mohamed son Prophète (PSSL)

A toi, ma très chère mère Awa, qui m'a élevé et initié à la rigueur dans toutes mes entreprises, je dédie spécialement ce travail.. Hommage à toi.

A toi cher père, feu Boubacar, qui m'a dès mon bas âge transmis ton savoir en tant qu'enseignant, inculqué le désir et le courage d'accéder au niveau d'études supérieur.

Tout mon vœux, serait, à travers ce mémoire, de vous rendre un vibrant hommage.

Tout mon amertume est de ne point pouvoir le faire de près. Ma dédicace te suit jusque dans ta demeure. Que Dieu t'accueille en son Paradis. amen

C'est avec grand honneur que je dédie ce mémoire

A Mr Landing SANE, Ministre de l'équipement et des transports terrestres,

A El Hadj Malang BADJI,

A Mr Ibrahima NDAO et famille,

A Mr Ibou BADJI et famille,

A Faye BODIAN et à mes tantes Diodio et Saly

Dédicaces

A tous les enseignants, le personnel administratif et les étudiants du PTCI.

A tous mes frères et soeurs plus particulièrement Abdoulaye, Almamy, Aziz, Maïmouna et Siré, ainsi qu'à toute ma famille, à la grande famille de KALAYE, à tout KINDION, à Moustapha NDAW.

A mes oncles Abdoulaye Pa BADJI et Salif BADJI.

Je ne saurai finir mes dédicaces sans les formuler

A l'endroit de tous mes amis; Bacary, Ibou DIEDHIOU, Daniel, Lala et Malamine SANE pour ne citer que ceux-la.

Aux frères-compagnons de Kindion-Djirokir, de Balingore, de Baïla et d'ailleurs.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous remercions Dieu pour nous avoir donné la santé et permis de venir à bout de ce mémoire.

Nous formulons nos remerciements à l'endroit de la Conférence des Institutions d'Enseignement et de Recherche Economiques et de Gestion en Afrique (CIEREA) et du Programme du Troisième Cycle Inter-universitaire (PTCI) ainsi qu'aux Bailleurs de Fonds dudit Programme.

Nous exprimons notre profonde gratitude à l'endroit des enseignants et du personnel administratif de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG), plus particulièrement à Monsieur le Doyen de la FASEG, le Professeur Moustapha KASSE, aux Messieurs Maîtres de conférences agrégés Karamoko KANE, Abdoulaye DIAGNE et Adama DIAW. Vous nous avez tout au long de notre formation habitué à la rigueur scientifique. Merci pour la qualité de vos enseignements et votre disponibilité.

Nous remercions singulièrement le Doyen, Professeur Moustapha KASSE pour son encadrement basé à une rigueur à la fois scientifique et économique, ses bonnes critiques, bref pour nous avoir initié à la recherche économique. Vous avez usé de notre temps et patience pour nous aider à la rédaction de ce mémoire. Nous vous en sommes reconnaissants.

Toute notre reconnaissance également à l'ensemble des professeurs du PTCI qui ont eu contribué dans ma formation tant à Dakar qu'au CCCO à Ouaga, ainsi que toute la Direction du PTCI. Merci à vous pour votre apport intellectuel, financier et matériel sans lequel ce travail ne pourrait se réaliser.

Nos remerciements à tous le personnel du décanat et plus particulièrement Mr Mountaga NDIAYE pour sa franche collaboration.

Nous ne saurons nous empêcher de formuler un grand remerciement à l'endroit du Docteur Alioune GAYE médecin chef du Centre de santé Roi Baudouin, Youssou DIOP, tout le personnel médical du centre et des patients pour leur étroite collaboration, pour nous avoir permis de réaliser l'enquête. Nous souhaitons à ces derniers un meilleurs rétablissement.

Aux Médecin-Commandant Issakha DIALLO et Docteur Omar SARR, nous leur exprimons notre profonde gratitude, leur remercions pour nous avoir permis d'accéder facilement aux données de la DSSP/MSAS.

Merci à Youlou K G Serge, Mar Caty et Thierno DIENG pour leur aide combien déterminante.

A l'endroit des nos parents, nous formulons un grand remerciement. Il s'agit de:

- notre mère pour tout son soutien moral et financier, pour surtout sa grande patience,
- nos frères et soeurs Abdoulaye de l'Italy, Maïmouna, Almamy, Siré, Awa, Malick, Aziz, Idrissa et les autres.
- nos oncles et tantes El hadj Malang, Abdoulaye Pa BADJI, Salif, Moussa, Diodio, Astou Faye
- nos cousins et cousines Cheikh Omar SANE, Youssoupha BADJI, Boubou Yafily, Awa DIEME, Souléye, Mimi et Combé, sans oublier Abdou Kader pour leur amour, conseil et soutien apporté à notre personne. Toutes nos reconnaissances.

Nous remercions surtout la famille Ndao de Kaolack, la famille Badji particulièrement Awa Bodian pour leur tolérance et générosité. Nous leur transmettons notre profonde gratitude.

Merci à Abdou Djimouna SANE, Bacary Edou et tous les amis pour leur soutien moral et logistique ainsi que toutes les personnes qui ont de près ou de loin contribué à notre réussite.

DIEU fasse que ce mémoire-ci puisse servir l'auteur et la communauté sans distinction aucune.

SOMMAIRE

DEDICACES.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
TABLE DES MATIERES.....	iii
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES.....	iv
LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES.....	v
<u>INTRODUCTION GENERALE.....</u>	1
<u>CHAPITRE I: L'APPLICATION DE L'INITIATIVE DE BAMAKO AU SENEGAL.....</u>	8
Introduction.....	8
<u>Section I: Les soins de santé primaires dans le système de santé.....</u>	8
I. Les soins de santé primaires et le système national de santé.....	9
II. Les principes de l'Initiative de Bamako.....	11
<u>Section II: Définition est objectif de l'Initiative de Bamako.....</u>	12
I. L'efficacité des services.....	12
II. La continuité des services.....	14
III. L'accessibilité aux soins.....	15
<u>Section III: Le financement de la santé.....</u>	17
I. Le mode de financement de la santé en Afrique Subsaharien.....	17
II. Le financement de la santé au Sénégal.....	19
Conclusion.....	23
<u>CHAPITRE II: LA TARIFICATION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES.....</u>	24
Introduction.....	24
<u>Section I: Le concept de tarification.....</u>	25
I. Le principe de la tarification optimale.....	25
II. Les problèmes de mise en oeuvre de la tarification optimale.....	27
<u>Section II: Méthode standard de fixation des tarifs.....</u>	29
I. La fixation des tarifs.....	30
II. Tarifs des tickets de participation.....	31
III. Tarifs de médicaments essentiels.....	32
IV. Le rôle de la qualité des soins dans le principe de la tarification.....	33
<u>Section III: La mise en oeuvre de la tarification.....</u>	36
I. La mobilisation des ressources.....	36
II. Analyse des dépenses effectuées au niveau des districts sanitaires.....	40
III. Détermination du taux de recouvrement des coûts.....	41
Conclusion.....	44

CHAPITRE III: DETERMINATION D'UN MODELE EXPLICATIF DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX SOINS PRIMAIRES.....	46
Introduction.....	46
<u>Section I</u> : Présentation du district sanitaire de Guédiawaye.....	46
I. Les caractéristiques climatiques.....	46
II. Les données démographiques.....	47
III. Les activités économiques.....	47
IV. La situation socio-sanitaire.....	47
V. La pratique de la tarification au centre Roi Baudouin.....	48
<u>Section II</u> : La méthode d'investigation.....	52
I. Choix de l'échantillon et base de sondage.....	52
II. Méthode de collect de données et réalisation du sondage.....	53
<u>Section III</u> : Application du modèle logit.....	56
I. Justification du choix d'un modèle logit.....	56
II. Présentation et application du modèle.....	57
Conclusion.....	60
CHAPITRE IV: ANALYSE EMPIRIQUE DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS PRIMAIRES.....	61
Introduction.....	61
<u>Section I</u> : Les résultats du sondage.....	62
I. Spécificité de l'échantillon par rapport à l'accessibilité.....	66
II. Spécificité de l'échantillon par rapport au niveau des tarifs.....	69
<u>Section II</u> : Les hypothèses du modèle.....	69
I. Les hypothèses du modèle.....	69
II. La codification des variables.....	71
<u>Section III</u> : Test et commentaires du modèle.....	71
I. La régression du modèle.....	73
II. Commentaire des résultats.....	82
Conclusion.....	83
CONCLUSION GENERALE.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	
ANNEXES.....	
GLOSSAIRE.....	

SIGLES ET ABREVIATIONS

- FAP: Femmes en Age de Procréer
- USAID: Agence Américaine pour le Développement International
- HFS: Health Financing sustainability project,
projet de Financement et Pérennisation des Soins de Santé.
- HHRAA: Health and Human Resources Analysis for Africa project,
projet de Recherche et d'Analyse des Ressources Sanitaires et
Humaines pour l'Afrique.
- SSP: Soins de Santé Primaires
- SSS: Soins de Santé Secondaires
- SST: Soins de Santé Tertiaires
- FISE: Fonds International pour la Santé des Enfants
- IB: Initiative de Bamako
- SMI: Soins Maternels et Infantiles
- PF: Planning Familial
- PRDS: Projet Régional de Développement Sanitaire
- PDDS: Projet Départemental de Développement Sanitaire
- PEV: Programme Elargi de Vaccination
- PNA: Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
- MSAS: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
- MEFP: Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
- FNUAP: Fonds des Nations Unies pour la Population
- PDHR: Projet de Développement des Ressources Humaines
- PTIP: Programme Triennal d'Investissement Public

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.

Liste des Tableaux.

<u>Tableau 1</u> : Evolution de la part du Budget du MSAS dans le Budget National de 1980 à 1996.	20
<u>Tableau 2</u> : Apport des Partenaires au Développement en matière de financement de la santé au Sénégal de 1994 à 1996.....	22
<u>Tableau 3</u> : Répartition des recettes générées au niveau des districts sanitaires de 1994 à 1996.....	37
<u>Tableau 4</u> : Comparaison entre le Budget de l'Etat affecté au fonctionnement des districts et les recettes de la tarification de 1994 à 1996.....	38
<u>Tableau 5</u> : Avantages et inconvénients de la tarification des soins de santé.....	39
<u>Tableau 6</u> : Evolution et répartition des dépenses affectées au niveau des districts sanitaires de 1994 à 1996.....	40
<u>Tableau 7</u> : Evolution des taux de recouvrement des coûts de 1994 à 1996.....	42
<u>Tableau 8</u> : Recettes issues de la tarification des soins dans le district de Guédiawaye.....	50
<u>Tableau 9</u> : Dépenses effectuées à partir des recettes de la tarification dans le district de Guédiawaye.....	51
<u>Tableau 10</u> : Taux de recouvrement des coûts dans le district de Guédiawaye.....	52
<u>Tableau 11</u> : Répartition de l'échantillon selon la capacité à payer et l'accessibilité... ..	62
<u>Tableau 12</u> : Répartition de l'échantillon selon la prise en charge et l'accessibilité....	63
<u>Tableau 13</u> : Répartition de l'échantillon selon le niveau des tarifs et l'accessibilité..	64
<u>Tableau 14</u> : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude et l'accessibilité.....	65
<u>Tableau 15</u> : Répartition de l'échantillon selon la capacité à payer et le niveau des tarifs.....	66
<u>Tableau 16</u> : Répartition de l'échantillon selon la prise en charge et le niveau des tarifs.....	67
<u>Tableau 17</u> : Répartition de l'échantillon le niveau d'étude et le niveau des tarifs.....	68

Liste des Figures

<u>Figure 1</u> : Modèle sénégalais de l'application de l'Initiative de Bamako.....	16
<u>Figure 2</u> : Sources de financement dans un système de soins de santé type.	18
<u>Figure 3</u> : Schéma de recouvrement des coûts.....	35

INTRODUCTION GENERALE.

La politique sanitaire de l'Etat vise à améliorer l'état de santé de la population qui, comme l'éducation, est un facteur de développement humain. Conformément à la théorie du capital humain, la dépense de santé est un investissement en capital humain. La croissance du produit intérieur brut (PIB) est expliquée par un accroissement des facteurs capital et travail. Aussi le bon état de santé contribue à accroître la productivité du facteur travail et par conséquent la croissance économique. En retour, la croissance économique suppose la hausse des revenus qui favorise un meilleur accès aux services de santé et par ricochet la baisse de la morbidité et de la mortalité. D'où l'intérêt tout particulier que l'on doit porter à la santé, définie par l'OMS comme un état complet de bien-être physique et mental.

La santé est un bien spécifique et d'un aspect particulier de par la présence d'effets externes, la nature des services, les modes de production. Elle peut être considérée comme un bien privé mais dans de rares situations. On est beaucoup plus tenu de la considérer comme un bien public car l'Etat est conduit à prendre en charge les personnes sans revenu. Ainsi le cas de lutte contre les endémies, la prévention, confère à la santé la nature de bien collectif pur. C'est ce qui justifie tout l'intérêt que porte le financement de ce bien particulier qui est à l'avant-garde toute prestation de soins de santé se voulant de bonne qualité.

Le financement des soins de santé est une question politique primordiale qui date de longtemps. Au début des indépendances, la totalité du financement de la santé était à l'entière charge de l'Etat sénégalais qui allouait une part importante du budget national au secteur de la santé pour assurer la gratuité des soins médicaux aux populations.

Cette prise en charge du financement de la santé va s'estomper dès les années 1970 avec l'instabilité de l'économie mondiale qui s'est traduite en Afrique, comme au Sénégal par

de profondes mutations sur les plans politique, économique et social. Sur le plan économique, la crise a conduit à la mise en oeuvre de Programmes d'Ajustement Structurel qui entraînent la réduction des dépenses publiques et la dévaluation du franc cfa et qui été durement ressentie par les couches les plus pauvres.

La part du budget de la santé dans le budget national va par conséquent chuter entre 1970 et 1989 de 9,3% à 4,8% en faveur des secteurs dits productifs. Cette chute de l'effort de l'Etat à la santé s'est accompagnée d'une réduction du niveau de performance des structures sanitaires et d'une détérioration de l'état de santé des populations surtout les plus fragiles que sont les femmes et les enfants.

La mauvaise performance des structures sanitaires publiques est caractérisée par le financement insuffisant, une utilisation peu efficiente des ressources disponibles, une allocation inadéquate des ressources en faveur des services de santé d'un bon rapport coût-efficacité, une répartition inéquitable des ressources entre les régions urbaines et rurales et entre les populations défavorisées et celles qui sont plus aisées.

C'est pour remédier à cette situation que la politique nationale de santé a été mise en place, basée sur la stratégie des soins de santé primaires renforcée dans le cadre de l'initiative de Bamako. Elle vise comme objectifs entre autres à rapprocher les services des bénéficiaires, à opérer un transfert de compétence en matière de gestion de la santé vers les populations

L'Initiative de Bamako est une stratégie de renforcement des soins de santé primaires adoptée par la plupart des pays, sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF avec comme objectif principal d'assurer la santé pour tous en l'an 2000. *En d'autres termes, elle a pour but d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux soins de santé primaires et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique. Elle repose sur la participation communautaire dans la planification, le financement et le suivi des services de soins.*

Malgré son effort de santé entamé depuis 1990 et qui consistait à augmenter la part du budget de la santé de 0,5% par an pour atteindre l'objectif de 9% préconisé par l'OMS, en 2001, l'Etat n'est plus à mesure d'honorer l'engagement qu'il avait pris de fournir à tous des soins gratuitement. Le crédit alloué au secteur devenait de plus en plus insuffisant par le fait d'une population augmentant au taux de 3% et des dépenses de santé qui ne cessent de croître

Cette tendance générale à la hausse des dépenses pourrait entre autres s'expliquer par les succès remarquables qu'a connus la médecine moderne ces derniers temps avec notamment la découverte de médicaments efficaces, la construction d'infrastructures sanitaires et leur dotation en matériel et équipement sophistiqués, la formation du personnel médical dans des domaines très spécialisés d'une part et une forte demande de soins d'autre part.

Dès lors, l'implication des populations dans le financement de la santé devient un impératif afin d'améliorer la qualité des services et leur continuité. Le financement communautaire s'effectue ainsi à travers le paiement par les usagers au niveau des centres et postes de santé au moyen d'un système de tarif de participation dans le cadre de l'Initiative de Bamako où la tarification en est un aspect. On assiste ainsi à un passage d'un financement exclusif par l'Etat à un partenariat fondé sur un partage des coûts entre ce dernier et les usagers des services de santé, soutenus par les Bailleurs de Fonds.

Dans la stratégie de recouvrement des coûts adoptée au Sénégal, l'Etat a en charge les salaires du personnel médical qualifié, les investissements et l'équipement. Toutes les dépenses portant sur les charges récurrentes sont financées par les recettes issues de la participation financière des populations dans les centres et postes de santé. Ainsi la tarification a permis la mobilisation d'importantes ressources avec des taux annuels de recouvrement des coûts qui se situent au delà de 100 %¹. Au même moment, on note que les prix de la prescription ne cessent de croître malgré les excès des recettes issues de la

tarification par rapport aux coûts récurrentes de la prestation des soins de santé. Il se pose ainsi le problème de la capacité des populations à payer si par ailleurs on note une baisse du pouvoir d'achat engendrée par l'inflation bien que minime dans la zone Franc (3,7% de taux d'inflation), la dévaluation du franc cfa, les mesures d'austérité et les pluies incertaines qui conditionnent les revenus agricoles.

Au regard de tout ce qui précède, cette méthode de financement communautaire au moyen de la tarification des services de santé suscite quelques interrogations quant à l'impact de cette tarification sur l'accessibilité des populations aux soins de santé.

C'est dans cette optique que ce travail vise principalement à évaluer l'impact de la tarification des soins de santé sur les populations. Plus spécifiquement elle se propose d'étudier l'influence des tarifs sur l'accès des femmes en âge de procréer aux soins de santé, l'accès des populations aux soins de santé.

La tarification peut, d'après une étude conjointe menée par l'USAID, la HFS et HHRAA avoir un impact sur l'accès et l'équité. Le terme accès, utilisé généralement pour faire référence à la disponibilité des services de santé a, à la fois un aspect géographique et financier. L'accessibilité géographique est mesurée par la présence d'un établissement de soins de santé dans une distance de cinq (5) Km par rapport au domicile tandis que l'accessibilité financière, est mesurée par la capacité des individus à payer pour les services obtenus, par rapport au niveau du revenu et le niveau des tarifs.

Les politiques ayant pour objectif l'accès et l'équité sont souvent liées étant donné que l'équité fait référence à l'accès aux services de santé de tous les groupes de la population. Elles exigent des efforts non seulement pour rendre les services de soins disponibles à l'ensemble de la population, mais aussi pour lever les barrières qui peuvent empêcher les pauvres et les groupes à haut risque d'accéder aux soins qu'ils ont besoin. Bien que

¹ Source MSAS Nov 1997

n'étant pas l'objet de l'étude, il paraît opportun d'évoquer le concept d'équité qui se rapproche un peu de celui de la justice.

L'équité est défini comme impliquant le glissement individuel d'un objectif de maximisation du bien être (sujet à une contrainte budgétaire) à un objectif de distribution plus égalitaire de caractéristique liés à la santé.

Dans le domaine de le santé, le principe de la distribution reposant sur le courant libéral semble prédominer. Il met en avant le principe de la justice sociale rawlsien selon lequel les inégalités ne sont justifiées qu'à la condition d'une contribution à l'amélioration des membres les plus défavorisés de la société et pourvu qu'un niveau minimal de base soit garanti à chacun . Le courant social démocrate est quant à lui caractérisé par un point de vue plus égalitaire où l'utilisation des services de santé est liée aux besoins et son financement à la capacité contributive de l'individu, sans que l'utilisation soit directement liée au montant des contributions financières individuelles. Claire LACHAUD².

ARISTOTE³ dans sa recherche sur les fondements de la justice distributive définit pour la première fois les principes qualifiés plus tard d'équité verticale; les "inégaux" doivent être traités "inégalement" et d'équité horizontale; les "égaux" doivent être traités "également".

Selon R. Paul SHAW et Charles C GRIFFIN (1995)⁴, la tarification des soins dispensés dans les établissements publics sont un facteur d'équité parce que la demande de soins de santé augmente d'une façon disproportionnée avec le revenu. La tarification des services est génératrice d'équité lorsqu'une partie de son produit est retenu en son point de collecte, principalement dans les établissements locaux.

² Claire LACHAUD, "Analyse et évaluation en économie de la santé" p.91.

³ Ethique à Ncomaque" livre V9 4°S av JC

⁴ R. Paul SHAW et Charles C GRIFFIN "Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance"; Banque Mondiale, 1995.

LEIGHTON Charlotte et DIOP François (1995)⁵ plaident en faveur des démunis. Ils prétendent que le recouvrement des coûts peut avoir des effets négatifs en empêchant les plus pauvres de rechercher les services de santé ou en imposant de grosses difficultés aux patients pauvres qui doivent payer. L'inéquité apparaîtra surtout si les prix augmentent décourageant ainsi ces derniers de se faire soigner.

Ceci étant, ce travail présente des intérêts notoires qu'il convient d'élucider.

Le premier intérêt de ce travail est qu'il consiste en une évaluation quantitative de la stratégie de tarification des services de santé, choisie parmi d'autres à la recherche de solution au double défi de l'amélioration de l'état de santé des personnes et d'un financement durable. En ce sens, le travail va permettre de voir si la tarification qui consiste à davantage impliquer le malade dans le partage des coûts a pu remplir l'un des objectifs principaux qui est la mobilisation de suffisamment de ressources pour assurer une autonomie financière préalable à un fonctionnement continu des structures sanitaires.

Le second intérêt de ce travail est d'analyser jusqu'à quelle mesure les populations sont-elles capables de prendre financièrement en charge leur propre santé. Il s'agira en d'autres termes de voir si le principe de tarification n'a pas un effet de réduction sur l'utilisation des services de santé des populations surtout les plus démunies.

Pour arriver à cette fin, nous tenterons d'abord d'analyser le mode de financement communautaire basé sur la tarification considérée comme étant la participation financière des populations à l'effort de santé. Une recherche opérationnelle sera ensuite effectuée. Elle va consister à faire des enquêtes au niveau d'un centre de santé, sur les prestataires et les usagers des services des soins afin d'évaluer l'accessibilité des populations aux soins.

⁵ LEIGHTON Charlotte et DIOP François "La protection des pauvres en Afrique: Impact des tests de moyens sur l'équité dans le secteur sanitaire au Burkina Faso, au Niger et au Sénégal" 1995,

C'est ainsi que, le premier chapitre sera consacré à la présentation de l'Initiative de Bamako qui est un ensemble de réformes et politiques stratégiques en réponse à la dégradation permanente des structures sanitaires de base. Dans le deuxième chapitre, il sera question d'analyser le mécanisme de financement des soins de santé à travers la tarification bien que cette dernière suscite quelques problèmes dans sa mise en oeuvre. Quant à la méthodologie devant nous mener à la détermination d'un modèle explicatif, elle sera exposée dans le troisième chapitre. Le quatrième chapitre sera consacré à l'analyse empirique de l'accessibilité des populations à partir de l'application du modèle logit.

CHAPITRE I

L'APPLICATION DE L'INITIATIVE DE BAMAKO AU SENEGAL

La volonté politique de l'Etat se traduit par un certain nombre de mesures. C'est ainsi que sur le plan national, les mesures prises constituent en une déconcentration du secteur de la santé dans un souci d'équité, pour rendre accessibles les services socio-sanitaires de base à toute la population quelque soit le niveau économique. La Politique Nationale de Santé et d'Action Sociale du Sénégal se fonde sur la constitution qui dispose en son article 14 que: " l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique, morale, et mentale de la famille" et s'articule autour de trois axes:

- priorité accordée aux milieux ruraux et semi-urbains,
- priorité à la médecine communautaire orientée vers la santé maternelle et infantile et,
- priorité accordée à la médecine préventive, donc aux activités éducatives.

Pour mettre en oeuvre ces axes, la stratégie des soins de santé primaires a été adoptée dès 1978, conformément à la Déclaration d'Alma Ata qui postulait que d'ici l'an 2000, tous les habitants de tous les pays devraient avoir atteint un niveau de santé qui leur permet de mener une vie socialement et économiquement productive.

Section 1: Définition de l'Initiative de Bamako.

Dans cette section, il sera question de donner d'abord un aperçu sur le système national de santé afin de situer la place des SSP dans celui-ci et d'exposer ensuite les principes fondamentaux de l'IB.

I: Les soins de santé primaires et le système national de santé.

Les soins primaires sont des soins de santé essentiels, fondés sur des techniques scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et les pays peuvent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autodétermination et d'auto-responsabilité.

Par conséquent, les services de SSP concernent en particulier les groupes communautaires dans la mesure où ces services se basent sur la situation locale et se conforment en principe au besoin de la communauté.

En 1989, le Sénégal adopte de nouvelles politiques en matière de santé définissant les nouvelles orientations stratégiques du secteur qui sont toutes renforcées dans le cadre de l'IB. Dans le domaine du médicament, la politique pharmaceutique consiste à rendre le médicament tel que fourni par l'industrie moderne, mais également tel qu'issu de la pharmacopée traditionnelle, accessible financièrement et géographiquement à toutes les couches de la population, singulièrement les plus déshéritées.

Par ailleurs, concernant le financement communautaire de la santé, une politique participative des populations est adoptée.

Les soins de santé primaires sont définis comme étant une stratégie destinée à rendre universellement accessible à la population mondiale les services sanitaires de base. Les SSP représentent le niveau le plus élémentaire des trois niveaux des soins sanitaires dont une communauté peut avoir besoin; les autres niveaux étant les soins de santé secondaires (SSS) et les soins de santé tertiaires (SST).

La Déclaration d'Alma Ata définit ainsi la relation entre les SSP, les SSS et les SST qui postule que " ... les autres niveaux du système convergent sur les services des SSP afin de les étayer et de leur permettre de fournir des soins de santé essentiels de manière

permanente. Au niveau intermédiaire (SSS), il s'agit d'aborder les problèmes les plus compliqués et de fournir les soins les plus délicats et spécialisés ainsi qu'un appui logistique. A ce niveau, un personnel ayant reçu une formation plus approfondie fournit un appui en matière de formation et de conseil visant les problèmes d'ordre pratique qui se posent concernant tous les aspects des SSP. Le niveau central (SST) comporte une expertise en matière de planification et de gestion des soins très spécialisés, un programme d'enseignement à l'intention du personnel spécialisé, l'expertise propre à des institutions telles que les laboratoires sanitaires centraux et enfin un soutien logistique et financier central " S. RUSSELL ET J. REYNOLDS(1985)⁶.

Ceci étant, la prestation efficace des SSP est impossible sans l'appui des autres soins sanitaires.

Il y a cependant lieu de signaler que sur le plan national, le niveau primaire renferme comme infrastructures sanitaires les centres de santé qui sont actuellement au nombre de 52 avec un taux de couverture de 1CS pour 100000 habitants en moyenne, les postes de santé estimés à 750 pour une couverture de 1PS pour 11000 à 12000 habitants, les centres de promotion et de réinsertion sociale au nombre de 44 répartis dans les 45 districts sanitaires que comporte le pays et enfin les infrastructures communautaires réparties en 551 maternités rurales et 2000 cases de santé. MSAS.1995.

La stratégie des SSP a connu des résultats encourageants attestés par la baisse de la mortalité infantile pour ne citer que cela. Il est passé au Sénégal de 119 pour 1000 en 1978 à 86 pour 1000 en 1986 grâce en partie au Programme Elargi de Vaccination (PEV), la lutte contre les maladies diarrhéiques et la malnutrition. Cependant les résultats escomptés sont loin d'être atteints à cause des difficultés rencontrées dans l'application de la stratégie ainsi que le caractère limité des ressources nécessaires pour

⁶ S. SUSSELL et J. Reynold: Financement Communautaire. PRICOR 1985 ou Déclaration d'Alma Ata, Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6 - 12 Septembre 1978, parrainée conjointement par l'OMS et l'UNICEF. Genève: OMS, 1978. P 3 - 4.

sa mise en oeuvre. Ce qui a valu donc le renforcement des SSP dénommé " Initiative de Bamako ".

II: Principes de l'Initiative de Bamako.

L'Initiative de Bamako est une résolution prise par le Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique à Bamako, en 1987 à la demande du FISE et de l'OMS qui vise à contribuer à l'accélération de la mise en oeuvre des soins de santé primaires au niveau du district en accordant la priorité aux femmes et aux enfants.

L'IB est régie par huit principes:

- 1- Engagement national envers les SSP universels en soulignant en priorité les problèmes de soins maternels et infantiles (SMI).
- 2- Intégration des politiques de SSP universels dans les plans et budgets nationaux à long terme.
- 3- Engagement des gouvernements à appuyer de façon continue et même augmenter le financement des SMI/SSP, pour maintenir l'intégralité des budgets.
- 4- Décentralisation de la gestion des SSP par le Ministère de la santé en faveur des circonscriptions et des communautés.
- 5- Engagement national d'assurer l'équité d'accès aux SMI/SSP pour les plus démunis, en prenant des mesures telles que: exemption de paiement, subvention, dispositions budgétaires supplémentaires et liaison avec des activités de production de revenus.
- 6- Dispositions prévoyant la participation communautaire à la gestion et au financement des SMI/SSP.
- 7- Engagement à laisser les activités locales au contrôle des populations, administrer les ressources communautaires dont une certaine proportion est gérée au niveau local c'est-à-dire reste dans la communauté.
- 8- Politiques d'engagement à utiliser les médicaments essentiels de façon rationnelle.

L'Initiative de Bamako repose sur la participation des populations dans la planification, le financement et le suivi des services de soins. Autrement dit, l'IB constitue un moyen

d'assurer de manière continue des soins de santé de qualité à un coût abordable pour l'Etat et la population et de promouvoir la participation communautaire à l'effort de santé. Elle a été adoptée dans une perspective d'accélérer le développement sanitaire en vue d'atteindre l'objectif: *santé pour tous en l'an 2000*.

Ainsi au cours de la période 1991 - 1995 couverte par les PRDS/ PDDS et marquée par la mise en application de l'Initiative de Bamako qui, tout en renforçant les SSP vise entre autres, à rapprocher les services sanitaires des bénéficiaires, à opérer un transfert de compétence en matière de gestion de la santé vers les populations, il convient de noter:

- l'adoption d'une liste de médicaments et produits essentiels,
- l'amélioration de la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentiels par la restructuration de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement,
- la prise de textes législatifs et réglementaires organisant les comités de santé,
- la consolidation du suivi du système d'information à la base par le monitoring.

Section II: La finalité de l'Initiative de Bamako.

La finalité de l'IB est d'assurer la qualité des services en agissant sur trois niveaux:

- l'augmentation de l'efficacité des services,
- l'assurance de la continuité des services,
- l'accroissement de l'accessibilité aux services.

I: L'efficacité des services.

L'accroissement de l'efficacité des services de santé repose sur une planification rigoureuse et un suivi continu des activités en mettant l'accent sur la collecte et l'analyse des données en vue d'identifier des programmes prioritaires. Les activités mises en application font toutes l'objet de surveillance à travers la supervision, la coordination et

le monitoring, ce qui suppose une implication des populations dans l'identification des problèmes, la recherche et la mise en oeuvre des solutions.

Le renforcement des activités préventives est aussi d'une grande importance dans le processus de résolution des problèmes de santé.

L'IB a pour but de généraliser et de renforcer les programmes de prévention primaires. Au Sénégal, ces activités sont la vaccination des enfants contre les sept maladies cible du PEV et celle des femmes enceintes et en âge de procréer contre le tétanos, la consultation régulière des femmes en grossesse et des accouchées récentes. Il est dans ce cadre précis lieu d'évoquer l'importance des séances d'information, d'éducation et de communication à l'endroit des populations qui doivent soutenir ces activités.

Les activités lucratives à travers l'IB concernent le traitement des affections et lésions courantes par l'utilisation des médicaments et schémas thérapeutiques standards. L'exécution de ces activités est assurée par le personnel sanitaire avec l'appui du personnel communautaire mais aussi en collaboration avec les relais sociaux: comité de santé, mouvements associatifs, groupements de femmes...

L'IB met l'accent sur le renforcement des capacités du personnel sanitaire qui est fondée sur la formation. Le personnel doit être qualifié pour l'exécution des interventions de l'IB, dans les secteurs d'activité tels que la distribution, le contrôle de la qualité et l'utilisation rationnelle des médicaments ainsi que la gestion des stocks, la gestion financière, la supervision et la mobilisation sociale. Cette formation est organisée à l'intention des techniciens de santé mais aussi des agents communautaires et des membres des comités de santé.

La supervision permet en effet de combler les lacunes laissées par la formation, d'apporter les correctifs nécessaires en vue d'atteindre les objectifs.

Quant au monitoring des activités, il privilégie le suivi et l'évaluation des activités sur une période de six mois. Ceci permet de dégager tous les goulots d'étranglement qui empêchent l'atteinte des objectifs. Les populations participent dans ces circonstances

auprès des techniciens à l'analyse des causes des blocages et à la planification des actions correctives.

II: La continuité des services.

La prestation des services de santé doit se faire de manière permanente et à tous les niveaux, ceci dans le seul but de satisfaire le besoin individuel et collectif des populations. Dans le cadre de l'IB, cette continuité ne peut être garantie que s'il y a entière participation des populations et s'il y a possibilité de recouvrer les coûts et de renouveler les stocks de médicaments.

La participation des populations selon la stratégie de l'IB revêt un caractère multiforme. Il peut s'agir d'une contribution financière ou matérielle, d'un investissement humain... Elle suppose une concertation et une coopération permanentes entre le personnel sanitaire et la communauté ainsi que l'implication réelle de cette dernière à toutes les phases du processus de gestion des problèmes de santé. Ainsi, la structure appropriée se trouve être le comité de santé qui, étant l'émanation de la communauté toute entière, est représentée par des femmes et des jeunes. Il est lieu de rappeler que toute la population est membre de l'assemblée générale. Le comité de santé a aussi pour rôle de mener des activités d'information et de mobilisation sociale en dehors des tâches spécifiques de gestion.

Le recouvrement des coûts et le renouvellement des stocks de médicaments constituent aussi un volet qui garantit la continuité des services. A partir des dotations de bases et les marges bénéficiaires admises, le comité de santé recouvre ses dépenses et renouvelle le stock de médicaments essentiels avec les ressources dont il dispose. Par ailleurs, l'égalité devant les prestations, qui exige une contribution financière modeste de chaque membre de la communauté, permet d'assurer l'autofinancement des activités de santé. Il est aussi prévu la prise en charge des démunis. Pour cela, le comité de santé et le

personnel de santé doivent adopter un mécanisme permettant à ces derniers de bénéficier les prestations de services.

III: L'accessibilité aux soins.

L'accessibilité aux soins de santé dépend en grande partie de l'action menée sur les coûts des services. La limitation de ces derniers constitue l'un des leviers les plus importants sur lequel repose l'IB pour assurer la qualité des services. Elle se base en fait sur la rationalisation de l'utilisation des médicaments et l'utilisation, et la gestion rigoureuse des ressources locales.

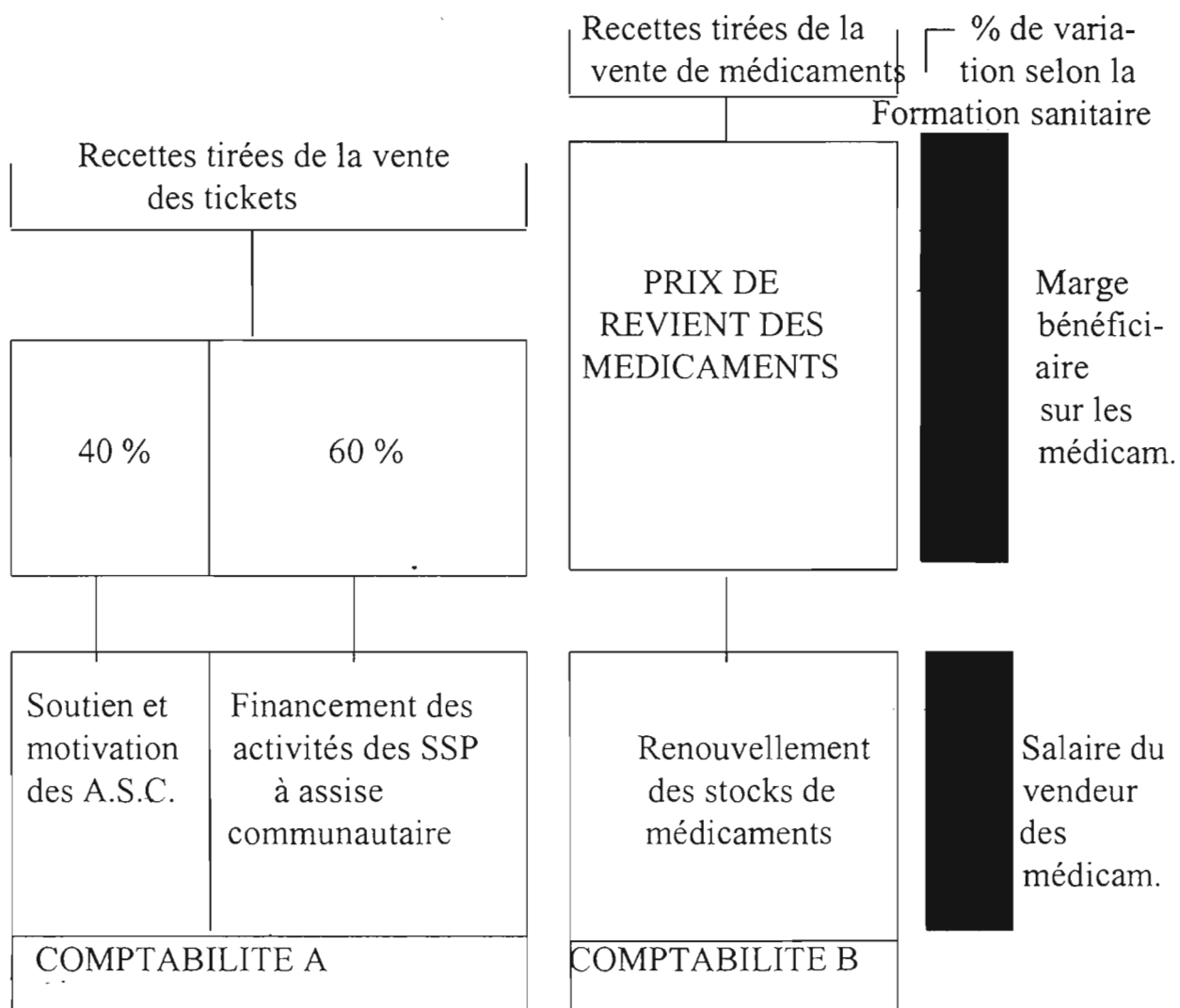
Le coût des services est amoindri dans le cadre de l'IB par la limitation et la rationalisation des prestations ainsi que l'usage des noms génériques. En effet le coût de traitement est réduit par le nombre limité des médicaments essentiels et l'utilisation d'un ordigramme. Ce processus de rationalisation s'accompagne d'une sensibilisation et d'une éducation des populations contre l'automédication.

L'IB fait appel aux ressources humaines et matérielles qui existent au sein de la communauté pour limiter les coûts des services. Les populations appuient les structures et le personnel de santé en dehors de leur contribution financière d'où le renforcement de la présence du personnel communautaire (agent de santé communautaire, matrone, gérant de dépôt, vendeur de tickets etc...)

Il existe aussi d'autres formes d'appui sous forme de dons des ressortissants de la communauté aux postes de santé, d'activités lucratives et d'autres formes d'investissement humain.

La figure 1 résume l'application de l'IB du point de vue de son financement.

Figure 1: Modèle sénégalais de l'application de l'IB.



Dans le cadre de l'IB, les recettes tirées de la vente des tickets de consultation servent pour 40 % à soutenir et à motiver les agents de santé communautaire et pour 60 % à financer les activités de soins de santé primaires à assise communautaire.

Concernant celles tirées de la vente des médicaments et produits essentiels, elles servent à couvrir les coûts des médicaments et produits pour garantir le renouvellement des stocks et faire une marge bénéficiaire suffisante pour financer les autres activités de

santé maternelle et infantile / soins de santé primaires à assise communautaire (SMI/SSP).

Dans le domaine du financement communautaire, la participation s'effectue par la contribution financière des populations lors des consultations, accouchements et autres soins...à travers leur paiement au niveau des structures de santé (centres et postes de santé). Un système de tarifs est à cet effet appliqué aux services de soins offerts. Cependant, les autres participants au partage des coûts au côté des populations sont l'Etat, les collectivités et les partenaires au développement.

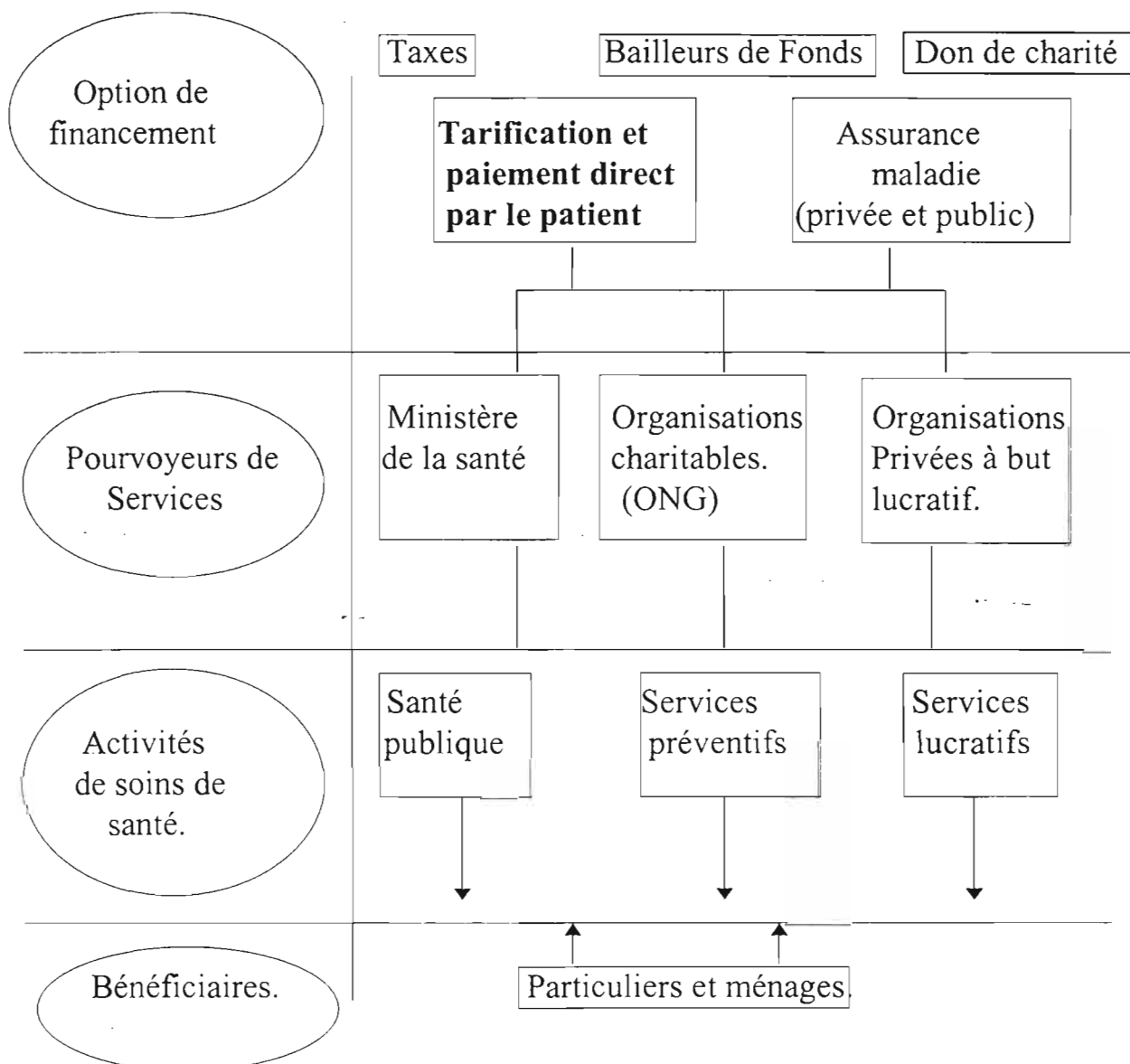
Section III: Le financement de la santé.

D'après R.P. SHAW et C.C. GRIFFIN (1995), le financement de la santé provient de plusieurs sources dans les pays subsahariens. Il en est de même pour le Sénégal bien que son mode de financement tend de plus en plus à y impliquer la population.

I. Le mode de financement de la santé en Afrique subsaharienne.

En Afrique en général, il existe plusieurs options pour financer une amélioration des soins de santé: les systèmes généraux de taxation pour financer les dépenses des gouvernements et des ministères de la santé, l'aide des Bailleurs de Fonds spécialement orientée vers des projets de santé, les dotations de charité destinées à des pourvoyeurs bénévoles et privés tels que les missions religieuses, la tarification et enfin l'assurance maladie. En guise d'illustration, la figure 2 ci-dessous résume le mécanisme de mobilisation des ressources.

Figure 2: Sources de financement dans un système de soins de santé typique.



Les dépenses de santé directement à la charge des particuliers représentent 43 % des dépenses totales en Afrique, celles de santé de l'Etat 37 % tandis que les Bailleurs de Fonds participent pour 20 %. L'apport de ces derniers sert à alimenter les budgets d'équipement ou de développement plutôt qu'à aider au financement des dépenses d'exploitation courantes telles que les salaires, les médicaments et l'entretien.

II. Le financement de la santé au Sénégal.

Au Sénégal, comme dans la plupart des pays subsahariens, plusieurs acteurs interviennent dans le financement de la santé en dépit du financement communautaire.

II. 1. Le budget de l'Etat.

La première responsabilité du Gouvernement est de donner aux populations la possibilité d'être en bonne santé et de le rester. La santé étant considérée comme un bien public, l'Etat est tenu de prendre en charge les personnes sans revenu. De même, vues les externalités que peuvent engendrer les soins de santé surtout dans le cadre de la prévention, l'Etat a un devoir de protection des citoyens à travers les Programmes Elargis de Vaccination financés par lui, quand on sait que l'individu émet des réticences lorsqu'il s'agit de soins préventifs parce qu'il ne subissant pas de maux.

Il doit aussi garantir que les ressources publiques limitées disponibles se concentrent là où elles auront le maximum d'impact sur les conditions sanitaires d'un pourcentage maximum de la population.

Dans le système national de santé, l'Etat joue un rôle très important dans le financement de la santé d'une manière générale. Cependant, depuis bien avant la mise en oeuvre de l'IB, le budget du MSAS a évolué en deca de la norme de 9 % du budget national recommandée par l'OMS. Cette situation peut être expliquée par la dégradation de l'économie nationale consécutive de la crise des années 70. La part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé va ainsi connaître une baisse qui va s'estomper en 1990 comme le montre le

tableau 5 ci-après, avec la nouvelle politique de financement de la santé de l'Etat.

Cette politique vise à accroître de 0,5 % par an la part du budget du MSAS dans le budget national pour parvenir à 9 % de ce dernier préconisé par l'OMS à l'horizon 2001.

Le budget de l'Etat consacré à la santé est réparti entre les dépenses de personnel, les dépenses en matériel et médicaments et les transferts, composés de subventions et d'allocations.

Tableau 1: Evolution de la part du budget MSAS dans le Budget National de 1980 à 1996.

(En millions de fcfa)

Années	Personnel	Matériel et Médicaments	Transfert	Total Bud MSAS	Budget National	B.MSAS/ Budg Nat
1980	3970	2437	112	6519	106000	6,15 %
1981	4138	2321	232	6691	115644	5,79 %
1982	4315	2395	234	6944	130104	5,34 %
1983	5305	2749	223	8277	151453	5,47 %
1984	5265	2632	246	8143	166940	4,88 %
1985	5228	3631	277	9136	186393	4,90 %
1986	6892	3056	271	10219	199237	5,13 %
1987	7576	3064	298	10938	206203	5,30 %
1988	7576	3130	324	11030	216500	5,09 %
1989	7317	3227	324	10868	226780	4,79 %
1990	8167	3464	237	11868	223260	5,32 %
1991	9008	3750	236	12994	226000	5,7 %
*1992	11775	5204	388	17548	338000	5,19 %
1993	8019	3555	276	11851	206109	5,75 %
1994	8839	4142	2822	15803	379000	6 %
1995	9414	4469	2822	16561	245352	6,5 %
1996	10006	8379	372	18757	312629	6,75 %

Source: Direction de la Prévision et des Statistiques.

* Le budget de 1992 est un budget de 18 mois.

Le budget du personnel constitue le principal poste des dépenses de l'Etat en matière de santé. Il absorbe chaque année plus de la moitié du budget du MSAS. Cela est dû à la prise en charge intégrale du personnel qualifié redéployé tant au niveau tertiaire, secondaire que primaire des soins de santé.

Les dépenses en matériel et médicaments destinées aux formations sanitaires.

Et enfin, les dépenses de transfert qui sont constituées de subventions et d'allocations aux structures de santé publique. Cette rubrique des transferts de l'Etat concerne pour

l'essentiel les crédits alloués aux districts pour le fonctionnement des centres et postes de santé.

Les systèmes de protection obligatoires tels que les Instituts de Prévoyance Maladie, la Caisse de Sécurité Sociale, l'Institut de prévoyance Retraite, les Assurances Maladie et les Mutuelles constituent aussi des sources de financement mais indirectes du secteur de la santé en plus de la prise en charge des dépenses de santé des agents de l'Etat par les fonds gérés par le MEFP. Ces fonds atteignent 16 % du budget de fonctionnement du MSAS et près de 56 % des dépenses en matériel.

II. 2. Les collectivités locales.

La part du budget des collectivités allouée à la santé doit être de 9 %.

Les communautés rurales investissent surtout dans la constructions des postes de santé, des maternités rurales et des cases de santé. Il est des collectivités qui participent à la gestion des postes de santé en leur aidant dans le financement des dépenses de personnel, de médicaments et de fonctionnement.

A ce niveau, la collectivité de Dakar est la seule à pouvoir apporter une aide considérable aux structures locales de santé; les données relatives à la participation des autres collectivités de l'intérieur du pays étant faibles ou indisponibles.

II. 3. Les partenaires au développement.

La participation des partenaires au développement au financement des centres et postes de santé se fait suivant trois volets. Il s'agit de l'assurance de la disponibilité des ressources essentielles, la formation des infirmiers chefs de poste (ICP) et la couverture des coûts d'investissement comme le montre le tableau 2.

Concernant l'aide extérieure à la santé, 30 % viennent de la France et 50 % de l'aide bilatérale.

68 % du Programme Triennal d'Investissement Public (PTIP) du secteur de la santé et de l'action sociale sont financés par trois Bailleurs de Fonds que sont la Banque Mondiale, l'UNICEF et l'USAID.

Les projets inscrits au PTIP sont consacrés essentiellement au développement des SSP.

Six programmes dont la lutte contre le SIDA atteignent à eux seuls 78 % de l'aide extérieure.

En définitive, l'apport extérieur est affecté aux dépenses de fonctionnement à hauteur de 75 % et à l'investissement pour 25 %.

Il est lieu de souligner l'aide budgétaire qui est aussi une autre forme de financement du secteur.

Tableau 2: Apport des Partenaires au développement en matière de financement de la santé au Sénégal: de 1994 à 1996 (en milliers de fcfa).

Années Rubriques.	1994	1995	1996	Total
Ressources essentielles	731850	946050	340200	2018100
Formation	63774	79743	25272	68789
Suivi Evaluation	18618	26052	22032	66702
TOTAL	814242	1051845	387504	2253591

Source: Participation financière de la population; Rapport 1997 DSSP-MSAS.

Il apparaît à partir de ce tableau que la participation des partenaires au développement a évolué positivement au fil des années. Le gros de leur financement est destiné à l'aide à la mobilisation des ressources pour assurer le fonctionnement des structures de santé.

Conclusion.

Globalement ,les nouvelles orientations stratégiques de la politique de santé de l'Etat sont une recherche de solution à la mauvaise prestation des services de soins d'une part et à l'insuffisance des ressources disponibles malgré l'effort de l'Etat et l'aide extérieure destinée à la santé. Pour atteinte de l'objectif *santé pour tous en l'an 2000*, l'implication de la communauté est indispensable.

La mauvaise conjoncture économique a suscité une baisse des crédits alloués à la santé. Cette tendance s'est atténuée depuis que le Gouvernement a décidé d'augmenter la part du budget de la santé pour parvenir à 9 % du budget national recommandée par l'OMS. La plus grande partie de ce budget étant absorbée par les salaires, une infime partie est affectée sous forme de transfert au niveau des districts sanitaires pour le fonctionnement des centres et postes de santé. C'est ainsi que, dans le cadre de l'Initiative de Bamako l'accent est mis sur la santé communautaire d'où un agissement au niveau primaire du système de santé. Il appartient de la sorte aux populations de prendre en charge leur propre santé à travers non seulement l'information, l'éducation et la prévention, mais aussi et surtout la participation financière pour assurer l'autofinancement des structures de santé en vue d'améliorer la qualité et la disponibilité des soins. Ce financement de la santé a lieu au moyen de la tarification des soins de santé

CHAPITRE II:

LA TARIFICATION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES.

La tarification des soins de santé primaires est parmi tant d'autres une méthode de financement de la santé par laquelle les populations prennent en charge leur propre santé.

Avant la mise en application de l'Initiative de Bamako, le système de tarification des services de santé était déjà institué. Mais, sa capacité de mobilisation était très restreinte de telle sorte que ses recettes venaient en complémentarité des crédits alloués par l'Etat au secteur de la santé publique. Ce n'est qu'avec la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako en 1992 que les potentialités de génération de recettes de la tarification ont connu un développement avec la pleine participation des populations tant dans la gestion des services de santé que surtout dans le financement de leur santé. Cette participation est faite autour des comités de santé et est réglementée par le décret 92 - 118 / MASS fixant obligations particulières auxquelles ils sont soumis.

La participation financière des populations s'effectue par un paiement par les usagers au niveau des structures de santé à travers un système de tarifs appliqués sur les tickets de consultation et les médicaments essentiels.

La tarification des soins de santé primaires est une stratégie de recouvrement des coûts permettant aux centres et postes de santé de fournir des services de soins accessibles à tous et d'une manière continue.

Les buts primordiaux du recouvrement des coûts donc de la tarification, dans une perspective de durabilité financière, ont été les suivants.

D'abord il s'agit de contribuer à combler l'écart entre les ressources de l'Etat et les montants qu'il faudrait pour maintenir ou améliorer les services de santé, ensuite d'établir un principe de partage des coûts par lequel le gouvernement continue de payer

les salaires des agents de santé et les coûts des infrastructures fixes tandis que les utilisateurs des services de soins de santé prennent en charge au moins une partie des médicaments et des services qu'ils reçoivent directement, et enfin d'assurer dans le long terme la pérennité financière des services de santé en devenant moins tributaire de l'assistance des donateurs étrangers. La fixation des tarifs doit ainsi prendre en compte un certain nombre de facteurs à savoir la demande, les charges financières et l'équité entre autres. Mais par contre, la contribution de la communauté au financement de ces structures pose problème dans la définition des sources de celui-ci que dans la mobilisation des ressources.

Section I: Le concept de tarification.

La santé est considérée ici comme un bien collectif pur car étant produite par des établissements publics. Les tarifs appliqués dans le cadre de la prestation des soins de santé sont établis de manière subjective afin d'encourager l'utilisation des services, sans une détermination du coût marginal de production des soins.

I: Le principe de la tarification optimale.

Pour un bien public, la tarification optimale suppose la maximisation de la somme des avantages tirés par les agents, c'est-à-dire le surplus des consommateurs et le profit du producteur qui est la puissance publique.

Selon PICARD (1994), dans le cas d'un monopole public, le surplus total est maximisé lorsque le prix est égal au coût marginal, la quantité produite étant égale à la quantité demandée par les consommateurs. Il expose l'expression des surplus totaux, supposant que le monopole public produise n types de bien indicés par

$h = 1, 2, \dots, n$.

Soit p_h le prix du bien h et supposant que la demande du bien h ne dépend que de son prix, le surplus des consommateurs sur le marché h est noté S_h et s'écrit:

$$S_h = \int_0^{Y_h} p_h(q) dq - p_h(Y_h) Y_h$$

Y_h est la production du bien h vendu sur le marché à un prix $p_h(Y_h)$, la fonction $p_h(Y_h)$ étant la fonction de demande inverse sur le marché. La somme des surplus des consommateurs, notée \hat{S} s'écrit donc:

$$\hat{S} = \sum_{h=1}^n \left(\int_0^{Y_h} p_h(q) dq - p_h(Y_h) Y_h \right)$$

Puisque le monopole produit ici différents biens, on écrira sa fonction de coût total sous la forme:

$$CT = CT(Y_1, \dots, Y_n).$$

Cette fonction définit le coût minimal de production lorsque le monopole produit Y_h unités du bien h , avec $h = 1, \dots, n$.

Le profit du monopole, noté Π , est égal à la différence entre la somme des recettes réalisées sur chacun des marchés et le coût total, soit:

$$\Pi = \sum_{h=1}^n p_h(Y_h) Y_h - CT(Y_1, \dots, Y_n)$$

Soit $W = S + \Pi$ le surplus collectif, c'est à dire la somme des surplus des consommateurs et du profit du monopole. On a donc:

$$W = \sum_{h=1}^n \int_0^{Y_h} p_h(q) dq - CT(Y_1, \dots, Y_n)$$

La maximisation du bien-être collectif conduit aux conditions d'optimalité du premier ordre vérifiées à l'optimum (Y_1^*, \dots, Y_n^*)

$$\frac{\partial W}{\partial Y_h} (Y_1^*, \dots, Y_n^*) \quad \text{pour } h = 1, \dots, n.$$

$$\overline{\frac{\partial W}{\partial Y_h}}$$

c'est-à-dire,

$$p_h(Y_h^*) = \frac{\partial CT}{\partial Y_h}(Y_1^*, \dots, Y_n^*), \quad h = 1, \dots, n.$$

Ces conditions définissent la règle de tarification optimale du monopole: pour chacun de ces biens produits, le prix est égal au coût marginal de production.

Par analogie, dans le cadre de la production des soins de santé publique, on considère que l'Etat détient le monopole et le système sanitaire offre différents types de services de soins. Pour chaque type de soins, le tarif optimal appliqué doit être égal à son coût marginal.

Cependant, dans le cas de production à rendement d'échelle croissant, le coût moyen de long terme est décroissant. Donc il y a économie d'échelle, et le coût marginal est toujours inférieur au coût moyen. Dans cette circonstance, la tarification optimale égalisant le prix au coût marginal provoque un déficit qui doit être financé ou subventionné par l'impôt. Ainsi la tarification doit prendre en compte la contrainte d'équilibre budgétaire, pour éviter un tel déficit. C'est ce que PICARD appelle tarification optimale de second rang.

II: Les problèmes de mise en oeuvre de la tarification optimale.

Pour représenter cette situation, PICARD envisage toujours un monopole public produisant plusieurs biens. L'optimum de second rang se caractérise en considérant l'expression du surplus collectif W et le profit Π déjà calculés plus haut.

$$W = \sum_{h=1}^n \int_0^{Y_h} p_h(q) dq - CT(Y_1, \dots, Y_n)$$

$$\Pi = \sum_{h=1}^n p_h(Y_h) Y_h - CT(Y_1, \dots, Y_n)$$

L'optimum de second rang maximise le surplus collectif W en respectant la contrainte d'équilibre budgétaire $\Pi = 0$.

En associant le multiplicateur de Lagrange λ à cette contrainte, le Lagrangien de ce problème s'écrit:

$$L = W + \lambda \Pi$$

Les conditions d'optimalité sont les suivantes:

$$\frac{\partial L}{\partial Y_h}(\bar{Y}_1, \dots, \bar{Y}_n) = 0, \quad h = 1, \dots, n.$$

$$\frac{\partial L}{\partial Y_h}$$

équivalent à:

$$p_h(\bar{Y}_h) - \frac{\partial CT(\bar{Y}_1, \dots, \bar{Y}_n)}{\partial Y_h} + \lambda [p'_h(\bar{Y}_h)\bar{Y}_h + p_h(\bar{Y}_h) - \frac{\partial CT(\bar{Y}_1, \dots, \bar{Y}_n)}{\partial Y_h}] = 0$$

Il en conclut

$$\frac{p_h(\bar{Y}_h) - \frac{\partial CT(\bar{Y}_1, \dots, \bar{Y}_n)}{\partial Y_h}}{p_h(\bar{Y}_h)} = \frac{-\lambda}{1 + \lambda} \frac{p'_h(\bar{Y}_h)\bar{Y}_h}{p_h(\bar{Y}_h)} \quad \text{pour } h = 1, \dots, n.$$

Posons:

$$\bar{C}_{mh} = \frac{\partial CT(\bar{Y}_1, \dots, \bar{Y}_n)}{\partial Y_h} \quad \text{et} \quad E_h^{dl} = \frac{p_h(\bar{Y}_h)\bar{Y}_h}{p'_h(\bar{Y}_h)\bar{Y}_h}$$

\bar{C}_{mh} représente le coût marginal du bien h évalué à l'optimum de second rang $(\bar{Y}_1, \dots, \bar{Y}_n)$ et

E_h^{dl} est égal à l'élasticité-prix (direct) de la demande de bien h .

Finalement, on obtient:

$$\frac{p_h(\bar{Y}_h) - \bar{C}_{mh}}{p_h(\bar{Y}_h)} = \frac{-\lambda}{(1 + \lambda)E_h^{dl}}$$

A l'optimum de second rang, pour chaque bien produit par le monopole, les écarts relatifs entre prix et coûts marginaux sont inversement proportionnels aux élasticités-prix de la demande. Cette règle appelée la règle de Ramsey-Boiteux dit que le monopole public soucieux de l'intérêt général (c'est à dire du surplus collectif) mais astreint à une contrainte d'équilibre budgétaire doit également fixer des écarts entre prix et coûts marginaux qui sont autant plus grands que la demande est peu élastique. La demande de soins de santé est peu élastique surtout quand il s'agit de soins lucratifs où le patient est obligé de payer à la hauteur des coûts d'acquisition de bonne santé.

Le système sanitaire est tenu de financer le coût de production des soins de santé d'où par conséquent adopter une tarification qui maximise le surplus collectif sous contrainte de l'équilibre budgétaire. L'ampleur de l'écart entre prix et coûts marginaux doit être choisi pour que les recettes soient justes égales aux coûts totaux de production: une valeur particulière du paramètre λ correspond à cette situation.

Section II: Méthode standard de tarification des soins de santé primaires.

Le Sénégal a acquis une expérience en matière de tarification des services de santé pour la simple raison que les cliniques privées tant à but lucratif que bénévoles, y compris les missions catholiques ont dû recouvrer leur frais pour survivre. Mais ce n'est qu'en 1992 que la tarification a été généralisée au niveau de la santé communautaire.

Les revenus générés par la tarification des soins des santé primaires proviennent de deux sources essentielles. Il s'agit de la vente des médicaments et produits essentiels et la vente des tickets de consultation.

I: La fixation des tarifs.

Il existe plusieurs systèmes de paiement des services offerts dans les centres et les postes de santé

- le paiement à la visite ou tarification au coût,
- le paiement par épisode de maladie,
- et le paiement avec consultation et médicaments.

La formule appliquée pour la tarification au niveau des centres et des postes de santé du MSAS est celle de la tarification au coût (consultation et médicaments).

La tarification des soins de santé concerne les services offerts et les produits pharmaceutiques mis à la disposition des usagers dans les établissements de santé et est évaluée par rapport aux coûts à couvrir ajoutés parfois d'une marge bénéficiaire pour ce qui concerne les médicaments.

En dehors des paiements en espèce par les usagers, il peut exister des paiements en nature. Il n'est guère exclu qu'un malade contribue à la main d'oeuvre en échange de sa consultation au niveau d'un centre ou poste de santé.

L'étude de STINSON (1982) a révélé d'après S. RUSSELL (1985)⁷, que très souvent, une évaluation subjective de la capacité et la volonté du malade à payer constitue le principal facteur en fixant les honoraires à appliquer. On s'est servi que très rarement d'enquêtes ou d'autres moyens officiels afin d'évaluer la capacité et la volonté de payer.

Concernant les produits pharmaceutiques, les prix sont souvent maintenus à un niveau inférieur à celui qu'appliquent les pharmacies privées par le biais de subvention de l'Etat, des contrôles des prix de gros ou de commercialisation à but non lucratif en passant par les pharmacies communautaires.

⁷ Stanton RUSSELL et Jack REYNOLDS, op cit.

Ainsi la tarification des soins de santé doit prendre un certain nombre de critères tels que la recherche de l'efficacité économique et l'optimalité; d'où un alignement des tarifs au coût marginal ou au coût moyen.

II: Tarifs des tickets de participation.

Les tarifs standards appliqués au niveau des centres et postes de santé, différents selon qu'il s'agisse du milieu urbain ou rural, selon qu'il s'agisse de soins curatifs ou lucratifs sont les suivants.

En milieu rural:

- consultation curative adulte	100 fcfa
- consultation curative enfant	50 fcfa
- consultation pré et post natale	100 fcfa
- consultation en planification familiale	100 fcfa
- vaccination	50 fcfa
- accouchement	1000 fcfa

En milieu urbain:

- consultation curative adulte	200 fcfa
- consultation curative enfant	100 fcfa
- consultation pré et post natale	200 fcfa
- consultation en planification familiale	200 fcfa
- vaccination	100 fcfa
- accouchement	2000 à 3000 fcfa
- soins dentaires	1000 à 2000 fcfa.

En effet, les honoraires ou prix des tickets de consultation sont en principe fixés par les membres du comité de santé et les techniciens responsables des structures sanitaires, en accord avec les populations desservies, à un niveau relativement bas, de telle sorte qu'ils

sont inférieurs au coût. Ce procédé vise à accroître l'accessibilité des populations les plus démunies ou indigents aux services de soins de base.

III: Tarifs des médicaments essentiels.

Le socle de la politique des médicaments essentiels et surtout de l'Initiative de Bamako repose sur le recouvrement des coûts des médicaments. Les médicaments essentiels vendus au niveau des centres et postes de santé par les membres des comités de santé sont de la liste des médicaments essentiels adoptée par le MSAS par arrêté ministériel.

Ces médicaments sont vendus et utilisés sous leur nom générique au prix d'achat à la pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) plus une marge bénéficiaire qui ne devrait pas dépasser 50 %. D'habitude, la marge bénéficiaire est de 10 à 15 % pour les dépôts des districts et de 35 à 40 % pour ceux des postes de santé. Elle est destinée au financement des autres activités à assise communautaire.

La dotation des formations sanitaires en médicaments et fournitures permet de trouver des revenus nécessaires pour financer les soins dispensés grâce à la vente des médicaments mis à la disposition des patients. La constitution du fonds de roulement est nécessaire et se base sur le principe de l'autofinancement. Il exige des capitaux de démarrage souvent fournis par le MSAS, capables d'assurer l'achat d'un approvisionnement durable. Des mesures qui consistent à amoindrir les coûts des médicaments sont prises. Il s'agit:

- d'utiliser les noms génériques,
- de grouper les commandes,
- de banaliser les emballages,
- de commander en gros et reconditionner,
- d'utiliser par épisode un nombre limité de médicaments,

- de minimiser les charges récurrentes (transport, manutention, intermédiaires...).

Les prix de vente des médicaments sont fonction du prix d'achat, de toutes les charges récurrentes et de la marge bénéficiaire. Ils sont fixés par la communauté représentée au niveau de chaque structure sanitaire par les comités de santé en collaboration avec les techniciens représentés au sein des comités de cogestion.

Au niveau de chaque formation, le paiement est direct au niveau de l'unité chargée de la vente au détail des médicaments.

La tarification des soins de santé constitue donc la stratégie de recouvrement des coûts dans les établissements sanitaires et pour atteindre l'objectif de mobilisation des ressources, il est nécessaire qu'il y ait une disposition à payer des populations qui dépend fortement de la qualité des soins dispensés.

Cependant, la tarification n'a de chance d'atteindre son objectif de mobilisation de ressources que si les utilisateurs des services sont capables et disposés à payer pour la qualité.

IV: Le rôle de la qualité des soins dans le principe de la tarification.

Selon ROEMER et AGUILAR (1988), la qualité des soins de santé consiste “ en une exécution convenable (conforme aux normes) d'interventions qui sont connues comme étant sûres, qui sont abordables pour la société en question, et qui sont susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, l'invalidité et la malnutrition ”. WOUTERS (1994), p 7.⁸

Donc sans amélioration visible et immédiat de la qualité des soins fournis, les patients n'appuieront pas le principe de la tarification. L'amélioration de la qualité des soins encourage les patients à fournir des revenus pour payer les services de santé qu'ils reçoivent et augmente ainsi les recettes de l'établissement de santé. Les recettes issues

de la tarification doivent en effet être recyclées en vue d'une amélioration de la qualité au niveau des formations sanitaires. Mais l'effort sur les recettes nettes dépendra de la mesure dans laquelle l'accroissement des recettes compensera les retombés sur les coûts des améliorations de la qualité qui sont mises en oeuvre.

Les revenus nets sont dans ce cas fonction de deux flux financiers:

1°) le coût pour les prestataires des améliorations de la qualité (trajectoire du bas de la figure 4).

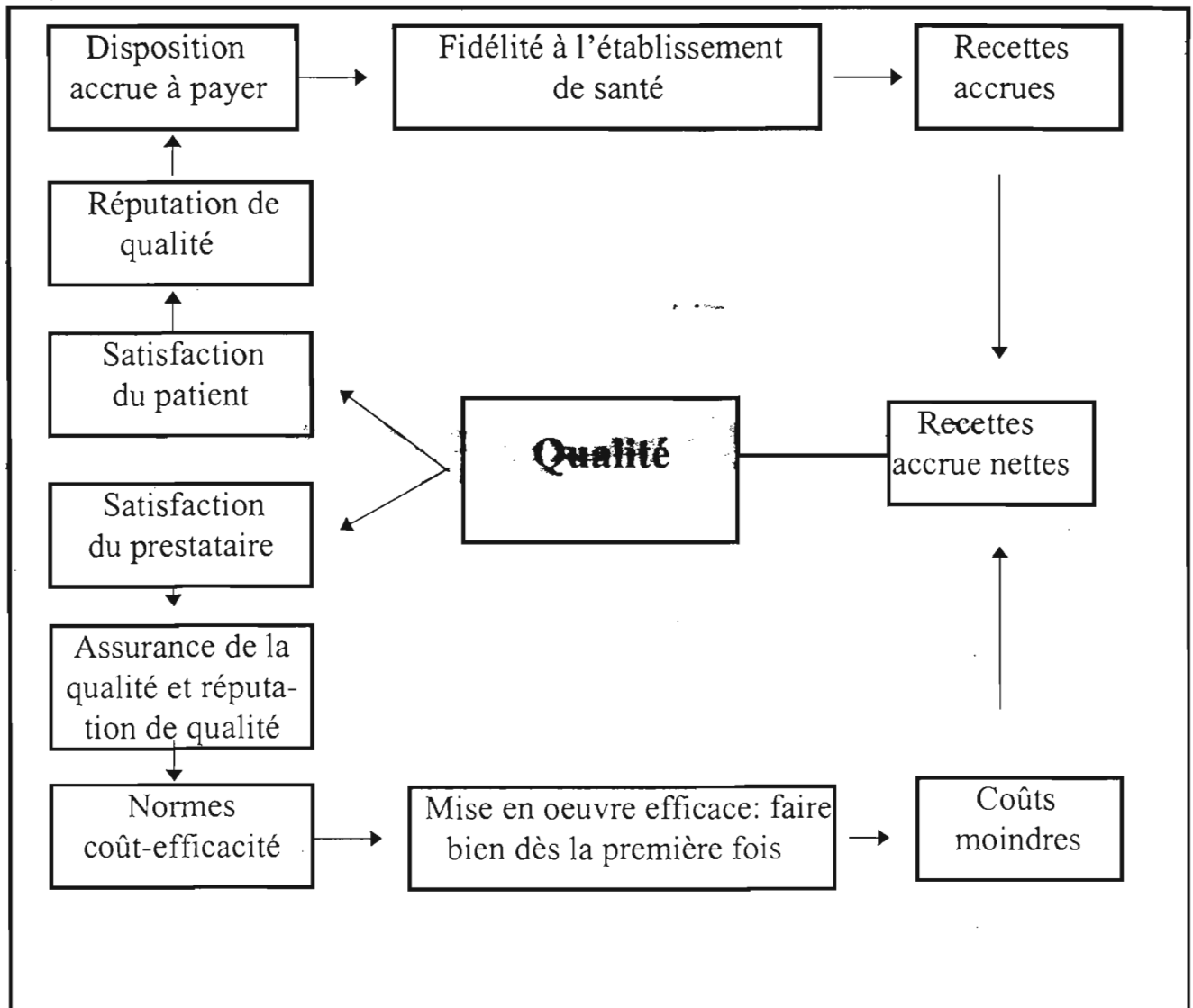
2°) les recettes générées par la disposition des patients à payer pour des améliorations de la qualité (trajectoire du haut).

Une bonne qualité des soins provoque une satisfaction du client (le patient) qui de plus en plus est disposé à utiliser et à payer pour des services améliorés, ce qui entraîne donc une augmentation des recettes.

Pour ce qui concerne l'incidence de la qualité sur le prestataire, elle sera une maîtrise des coûts lorsque les normes coût-efficacité sont adoptées correctement dès la première fois. Il s'agira aussi de faire en sorte de minimiser les erreurs qui exigent des reprises et moins d'effets secondaires de la santé et moins d'ordonnances erronées ou de complications.

Avec des recettes qui augmentent d'un côté et des coûts qui baissent de l'autre à la fois, les recettes nettes peuvent augmenter et être réinvesties pour financer de nouvelles améliorations de la qualité.

⁸ DONEBEDIAN, ROEMER et AGUILAR cités par WOUTERS.

Figure 3: Schéma de recouvrement des coûts.

WOUTERS: Schéma de recouvrement des coûts.

Graphique 7.1. p 48.

Si les recettes tirées des utilisateurs sont supérieures aux coûts variables ou récurrentes, les excédents peuvent être utilisés pour renforcer les services ou atténuer la nécessité de subvention publique. Et dans le long terme, les recettes issues des paiements des utilisateurs des services de santé par la tarification de ces derniers, plus des subventions régulières de l'Etat devraient couvrir la totalité des coûts.

Section III: La mise en oeuvre de la tarification.

Le système de tarification des soins de santé primaires a, il faut le rappeler, été généralisé sur l'étendu du territoire national en 1992. Il était question d'impliquer les populations à l'effort de santé surtout dans le domaine du financement de la santé communautaire. En d'autres termes, les populations sont ainsi appelées à participer au recouvrement des coûts récurrents de prestation des soins.

I: La mobilisation des ressources.

L'objectif de la tarification des soins de santé primaires comme stratégie de mobilisation de ressources est d'accroître les revenus afin d'assurer la durabilité financière des centres et postes de santé. En effet, depuis la mise en application de l'Initiative de Bamako en 1992 au Sénégal, les recettes issues de la participation financière des populations à l'effort de santé sont devenues plus importantes et ne cessent de croître. En 1989, elles étaient de 203400000 fcfa pour passer à 1003876000 fcfa en 1992 puis à 1819068253 fcfa en 1994.

Les recettes générées à partir de la tarification des services de santé et gérées localement proviennent essentiellement:

- de la vente des tickets de participation pour les activités lucratives,
- de la vente des tickets de participation pour les activités préventives,
- de la vente des médicaments et produits essentiels
- et d'autres activités génératrices de revenus telles que les soins dentaires, les hospitalisations, les soins locaux, les explorations para cliniques.

Le tableau 3 ci-dessous donne l'évolution et la répartition des recettes obtenues au niveau des centres et postes de santé du MSAS à partir de 1994, date de la mise en oeuvre de la stratégie du recouvrement des coûts au Sénégal .

Tableau 3: Répartition des recettes générées au niveau des districts sanitaires de 1994 à 1996: (en franc caf).

Années. Activités.	1994	1995	1996	Total
Vente de tickets de consultation.	472957746	459046204	685824820	1617828770
Autres activités.	236478873	298380032	342912410	877771315
Vente des médicaments.	1109631634	1537804783	1828866186	4476302603
Total Recettes	1819068253	2295231019	2857603416	69711902688

Sources: Division des SS. / MASS. Rapports 1995, 1996, 1997.

Le tableau atteste une nette croissance des recettes collectées à partir de la tarification des soins de santé primaires au niveau des districts sanitaires du pays. La participation financière des populations est ainsi passée de 1818068253 fcfa à 2857603416 fcfa en trois années, soit une croissance de 57 %.

La plupart des recettes obtenues proviennent essentiellement de la vente des médicaments pour 64,2 % des recettes globales, celles issues de la vente des tickets de participation pour des activités lucratives et préventives n'étant que de 23,2 %. A ce niveau, les activités lucratives demeurent les principales mobilisatrices de ressources. Le reste des recettes est mobilisé à partir des autres activités telles que les hospitalisations, les accouchements, les soins dentaires...

Les recettes mobilisées sont tellement importantes qu'elles dépassent largement les montants annuels des crédits alloués par l'Etat aux structures sanitaires. Au fur et à mesure que le volume des recettes augmente, on constate une baisse significative de ces crédits comme le montre le tableau suivant.

Tableau 4: Comparaison entre le budget de l'Etat affecté au fonctionnement des districts sanitaires et les recettes issues de la tarification de 1994 à 1996.
(en fcfa)

	1994	1995	1996
Crédit de l'Etat.	1203085000	132556000	875000000
Recettes tarification	1819068253	2015129389	2857603416

Sources: DSSP / MSAS 1997.

La tarification des SSP a donc permis une réalisation de recettes à hauteur de 11,5 % du budget du MSAS en 1994 pour passer à 15 % en 1996.

Ainsi dit, la stratégie de mobilisation des ressources appliquée revêt aussi bien des avantages que des inconvénients comme l'a énuméré S. RUSSELL et J. REYNOLDS (1985) reprenant les propos de W. STINSON (1982). Quelques uns de ces avantages et inconvénients de la tarification des SSP basée sur la consultation (ou honoraires) et des médicaments sont représentés dans le tableau 5 ci-après.

Tableau 5: Avantages et inconvénients de la tarification des soins de santé.

	Vente des tickets de consultation: (honoraires)	Vente des produits pharmaceutiques.
Points forts.	Rémunération des agents de santé si elle est modérée par une échelle mobile.	Assure le coût des produits pharmaceutiques à l'intérieur du pays.
Points faibles.	Connaissance existante. Peut déplacer les dépenses privées actuelles vers le secteur public	Réduit les coûts des produits pharmaceutiques grâce à une main d'oeuvre non rémunérée et en mettant l'accent sur une gamme restreinte de produits essentiels.
Emplois appropriés.	Finance surtout les services de soins lucratifs pour ceux qui ont les moyens nécessaires; aucun partage de risques	Finance surtout les services de soins curatifs pour ceux qui ont les moyens nécessaires; aucun partage de risques.
Besoins complémentaires.	Appui visant les effets prophylactiques et communautaires.	Une aide aux indigents; des devises permettant des importations; un appui visant les efforts prophylactiques et communautaires
Problèmes communs.	Beaucoup de gens hésitent à payer les agents communautaires relativement peu formés tant qu'un praticien traditionnel ou privé est disponible.	Interruption au niveau de l'approvisionnement "décapitalisation"; marché noir

Source: S. RUSSELL et J. REYNOLDS . Community Financing of Primary Health Care.

Extrait: W. STINSON: Tableau 3.6. "Overall evaluation of community finance alternatives". p 39.

En somme, la participation financière des populations à l'effort de santé a permis, grâce à la tarification des SSP aux postes et centres de santé, malgré les inconvénients,

d'autofinancer leur fonctionnement, d'où une prise en charge par les populations elles-mêmes de leur propre santé. Les recettes collectées ont servi à couvrir les dépenses hors salaires des structures sanitaires.

II: Analyse des dépenses effectuées au niveau des districts sanitaires.

Les centres et postes de santé assurent le fonctionnement des services à partir des recettes issues de la tarification des soins. Des dépenses importantes sont effectuées chaque année afin de satisfaire une demande de plus en plus grande et de plus en plus exigeante des populations. Ainsi, les dépenses ont évolué en hausse comme le montre le tableau 6.

Elles concernent essentiellement l'achat des médicaments pour le renouvellement du stock, la rémunération du personnel communautaire et le personnel de soutien (chauffeur, gardien, secrétaire...), et les autres dépenses telles que les dépenses exceptionnelles et de fonctionnement (carburant, gaz, électricité...).

Tableau 6: Evolution et répartition des dépenses effectuées au niveau des districts sanitaires de 1994 à 1996: (en fcfa).

Années. Rubriques.	1994	1995	1996	Total.
Achat des médicaments.	918455221	12229225663	1293949982	3441630203
Motivation personnel communautaire	231144564	382873558	494053629	1108071751
Autres dépenses.	381158916	403024768	564632719	1348816403
Total Dépenses.	1530758701	2015123989	2352636330	5898519020

Sources: Division des SSP / MSAS: Rapport 1995, 1996 1997.

Les dépenses de fonctionnement des formations sanitaires ont connu une forte croissance comme le montre le tableau ci-dessus. Elles sont passées de 1530758701 fcfa à 2352636330 fcfa entre 1994 et 1996, soit une augmentation de 53,6 %. Cependant, les salaires du personnel sanitaire sont à la charge de l'Etat.

Les dépenses en médicaments pour assurer leur disponibilité dans les structures périphériques (centres et postes de santé) sont de loin les plus importantes. Elles représentent 58,35 % des dépenses totales.

La motivation des agents communautaires de santé ainsi que celle du personnel de soutien, sont d'une importance non négligeable: 19 %. Depuis la mise en place de l'IB, la situation du personnel communautaire a significativement augmenté avec l'acquiescement de la participation des populations.

Les autres dépenses sont relatives au volet du fonctionnement des établissements de santé, regroupées dans la rubrique "autres dépenses" et représentent 24 %. Il s'agit du carburant, de l'électricité, de l'entretien ... et les dépenses exceptionnelles.

Les dépenses hors salaires ont été intégralement effectuées à partir des recettes issues de la tarification des services de santé de base. Elles ont été largement couvertes par ces dernières comme le justifie le taux de recouvrement relatif à chacune des différentes années.

III: Détermination du taux de recouvrement des coûts.

Le taux de recouvrement est obtenu en faisant le rapport entre les recettes et les dépenses de la même période, soit

$$\text{TR} = \text{Recettes} / \text{Dépenses.}$$

C'est un indicateur qui mesure le degré d'autofinancement des structures évaluant par la même occasion la pérennité financière de ces dernières.

Un TR égal à 100 % signifie que la structure a pu mobiliser des ressources suffisantes lui permettant d'assurer le financement tout juste des dépenses de fonctionnement mais hors salaires, les dépenses en salaires du personnel de l'Etat étant entièrement à la charge de ce dernier.

Au niveau national, les taux de recouvrement moyens annuels sont supérieurs à 100 %. Nous montrons à travers le tableau 7 l'évolution du TR entre 1994 et 1996.

Tableau 7: Evolution du taux de recouvrement des coûts de 1994 et 1996.

Années. Rubriques.	1994	1995	1996
Recettes.	1819068253	2295231019	2857603416
Dépenses.	1530758701	2015123989	2352636330
TR	118 %	114 %	121 %

Sources: Division des SSP / MSAS: Rapport 1996.

Le taux de recouvrement pour chacune de ces années est bien au delà de 100%. Ce qui certifie nettement un excès des recettes sur les dépenses hors salaires effectuées au niveau des districts sanitaires.

Ces résultats attestent que les objectifs visés par les pouvoirs publics consistant à accroître les revenus à partir de la tarification des services de soins sont atteints. Aussi, la stratégie de recouvrement des coûts va au delà des perspectives si l'on se réfère au modèle de S. RUSSELL et J. REYNOLDS (1985) et la version sénégalaise de l'IB. Selon ces modèles, la tarification doit être en mesure de juste couvrir les dépenses récurrentes.

L'origine de l'excès des recettes par rapport aux dépenses constitue le principal problème quand on sait que la stratégie de tarification est adoptée dans une perspective de recouvrement des coûts des services.

Selon ces deux auteurs, l'objectif global de la stratégie d'autofinancement des structures de santé consiste à s'assurer que l'ensemble des revenus mobilisés est égal aux coûts totaux de la prestation des services de santé.

Comme dit jusqu'ici, les tarifs sont fixés de manière subjective à un niveau inférieur au coût moyen dans le but d'encourager l'utilisation des services de santé. Ainsi, dans la logique économique et conformément aux propos de PICARD, on devrait en effet s'attendre à un déficit qu'il importerait de trouver des financements extérieurs à la communauté; les prix étant inférieurs au coût moyen.

Dans un premier cas où tous les coûts liés à la prestation des soins de santé communautaire sont pris en compte, y compris les charges salariales des agents de l'Etat, les tarifs appliqués conduisent à une mobilisation de ressources, mais d'un montant inférieur au coût global. D'où une éventuelle apparition d'un déficit. A ce niveau donc, le partage des coûts entre la communauté, l'Etat et les partenaires au développement se justifie. Comme un tel déficit n'est pas quantifié, on pourrait le considérer comme étant la partie effectivement prise en charge par l'Etat; donc le budget de la santé à travers l'impôt, et l'apport des partenaires au développement tels que l'UNICEF, l'OMS, l'USAID....

Dans l'autre par contre du mode de financement communautaire en application au Sénégal, la tarification doit permettre la mobilisation de ressources suffisantes pouvant couvrir les coûts de prestation des soins de santé. La détermination des tarifs n'étant pas subséquente à une analyse préalable des coûts, on ne pourra à cette effet pas avancer si la tarification est faite au coût, marginal ou au coût moyen, à plus forte raison savoir si elle est optimale.

Dans l'objectif de recouvrement des coûts dans le cadre de l'IB, les coûts totaux à couvrir par les recettes issues de la tarification ne concernent que les coûts hors salaires de fonctionnement des structures de santé (centres et postes de santé). Et dans le même cas de figure avec des tarifs inférieurs aux coûts, il devrait apparaître une perte généralisée du système de santé communautaire. La réalité en est toute autre dans la mesure où on assiste sur toute l'étendue du territoire, sauf à quelque exception près à une collecte de recettes d'un montant supérieur aux dépenses totales effectuées au niveau de ces structures sanitaires. Il est dans ces circonstances paradoxale, d'enregistrer des profits quand les services sont offerts à des prix supposés inférieurs à leurs coûts de prestation encore que d'éventuels profits devraient être réinvestis pour une amélioration de la qualité des soins.

Malgré la participation de l'Etat, des collectivités et des partenaires au développement au partage des coûts, le constat est que d'année en année, les recettes issues du paiement par les usagers des services de santé ne cesse de croître plus que proportionnellement par rapport aux dépenses. Ce phénomène a permis l'obtention de taux de recouvrement assez élevés. Mais ceci n'empêche qu'il existe toujours une détermination d'atteindre un taux de recouvrement qui atteignent 2,5 (taux nécessaire pour assurer une autonomie financière des formations sanitaires). Pour un tel objectif, on note par conséquent un accroissement considérable des prix moyens de la prescription qui passe de 364 francs à 507 francs entre 1994 et 1996. Une telle hausse des prix moyens à la prescription pourrait en effet être défavorable pour les patients surtout les plus démunies au plan de l'accès.

Conclusion.

Dans tous les cas, que la détermination des coûts englobe ou non les charges salariales, le déficit du système semble évident et il serait pertinent de déceler l'origine d'un quelconque profit qui pour la plupart est versé dans des comptes bancaires. Il s'est avéré bien qu'ayant permis la mobilisation de ressources capables de couvrir les

dépenses récurrentes et un bon fonctionnement des structures d'une manière générale, on remarque une hausse des prix moyens de la prescription payés par les usagers des services de santé.

Par contre, la situation économique déplorable des populations du fait de la baisse du pouvoir d'achat, de l'inflation bien que pas trop élevée dans l'UEMOA et la précarité des revenus conditionnés par des pluies incertaines, laisse des doutes quant à la capacité à payer des populations pour la plupart à faible revenu. Il faut à cet effet souligner que le monde semiurbain et rural est caractérisé par des revenus faibles et incertains, de surcroît par la pauvreté. Partant de ces faits, il sera dans les chapitres qui viennent question donc d'évaluer l'impact de la tarification sur ces populations. Pour cela, une enquête sera le meilleur procédé pour y arriver.

CHAPITRE III:

DÉTERMINATION D'UN MODELE EXPLICATIF DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DES POPULATIONS.

Pour l'élaboration d'un modèle explicatif, nous avons jugé nécessaire de mener une enquête d'opinion auprès d'un échantillon de patients pris au hasard au niveau du centre de santé Roi Baudouin de Guédiawaye. Il s'agissait pour nous de recueillir auprès des patients leur avis sur l'accessibilité aux soins de santé primaires ainsi que les facteurs déterminant l'accès aux soins après l'adoption de la stratégie de recouvrement des coûts au moyen de la tarification. En d'autres termes, l'objet de ce sondage est de savoir si les populations accèdent facilement ou non aux soins après la généralisation de la participation financière de ces dernières à l'effort de santé. Il est ainsi lieu dans ce chapitre de présenter le modèle utilisé. Mais auparavant, nous allons essayer d'évoquer la méthode d'investigation qui nous a permis d'aboutir à ce modèle.

Section I: Présentation du district sanitaire de Guédiawaye.

Dans cette section, il sera présenté les caractéristiques géo-climatiques, démographiques et socio-économiques de Guédiawaye. L'intérêt est que chacune de ces caractéristiques influence directement l'état de santé des populations.

I: Les caractéristiques climatiques.

Le district sanitaire de Guédiawaye épouse les mêmes délimitations que la commune du même nom. Située en milieu périurbaine de Dakar, la commune de Guédiawaye se situe dans la zone des Niayes, où le climat est de type saharien (frais et plus ou moins humide de Novembre à Juin puis chaud et pluvieux de Juillet à Octobre).

Les îlots de verdure pouvant abriter une agriculture familiale sont favorables à des gîtes anophéliens très actifs entraînant une endémicité palustre.

II: Les données démographiques.

La démographie du district est estimée en 1995 à 400000 habitants. Les femmes constituent 51 % de la population.

Par ailleurs, les femmes en âge de procréer représentent 23 %, c'est-à-dire au nombre de 92000 tandis que le nombre d'enfants de 0 à 5 ans tourne autour de 76000 à savoir 19 % de la population générale du district.

Cette tranche de la population est considérée comme une population cible étant donné que l'une des politiques sanitaires de l'Etat est d'accorder une priorité aux femmes et aux enfants, plus vulnérables à la maladie.

III: Les activités économiques.

La commune de Guédiawaye ne bénéficie d'aucune industrie. L'économie y est basée sur les activités commerciales qui occupent 21 % de la population active exerçant essentiellement dans les marchés (3 grands marchés), les boutiques et les échoppes. L'artisanat occupe 6 % de la population active. Il concerne la bijouterie, la cordonnerie, la teinture en général. Les ouvriers et les tâcherons de type réparateurs, mécaniciens, tailleurs, menuisiers...par contre occupent 29 % de la population active.

IV: La situation socio-sanitaire.

Le district de Guédiawaye comporte un centre de santé (centre Roi Baudouin), 11 postes de santé répartis dans cinq (5) communes d'arrondissement que sont Golf Sud, Sam Notaire, Ndiarème, Médina Gounas et Wakhidane / Nimzat et deux maternités isolées. Ainsi, les ratios ou taux de couverture sont de un (1) centre de santé pour 400000 habitants, un (1) poste de santé pour 30769 habitants et un (1) lit de maternité

pour 1533 femmes. Ces ratios sont de loin inférieurs à ceux préconisés et jugés normaux par L'OMS: 1 centre pour 50000 habitants et 1 poste pour 10000 habitants pour ne citer que ceux-là.

En outre, l'unique centre de santé du district couvre tous les postes et maternités et par conséquent, toute la population de Guédiawaye.

Pour ce qui concerne le personnel qualifié, les ratios sont les suivants:

un (1) gynécologue pour 46000 femmes en âge de procréer,

un (1) médecin généraliste pour 200000 habitants,

un (1) infirmier pour 1538 habitants,

une (1) sage femme pour 1333 femmes en âge de procréer et

un (1) travailleur social pour 1333 habitants.

Pour ce qui concerne la couverture sanitaire, le programme élargi de vaccination (PEV) a atteint une couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois de 38% alors que la couverture vaccinale antitétanique des femmes enceintes se situe à 65 %.

Pour ce qui est des soins maternels et infantiles / planification familiale (SMI / PF), la couverture est de 95 % pour les consultations prénatales des femmes enceintes, 6,5 % pour la planification familiale et de 10 % pour les consultations postnatales des 6009 accouchées du district en 1996.

Concernant les activités curatives, le nombre de consultations enregistrées en 1996 dans les consultations primaires curatives est de 185529 soit 46 % de la population cible.

V: La pratique de la tarification dans le centre Roi Baudouin.

La participation financière des populations à l'effort de santé s'effectue à travers l'achat des tickets de participation et des médicaments essentiels. En dehors des populations, l'Etat participe au financement du centre et du district, ainsi que la commune et les partenaires au développement tels que la Coopération Belge, le FNUAP, le Plan International et le PDHR.

Dès lors les tarifs appliqués au niveau du centre de santé sont les suivants.

- consultation adulte 300 fcfa,
- consultation enfant 200 fcfa,
- consultation prénatale 500 fcfa,
- planning familial 500 fcfa,
- hospitalisation pavillon 3000 fcfa par semaine,
- hospitalisation cabine 2000 fcfa par jour,
- accouchement 3500 fcfa,
- échographie interne 5000 fcfa,
- échographie externe 10000 fcfa,
- curetage 8000 fcfa,
- internalisation programmée 40000 fcfa,
- internalisation urgence 15000 fcfa

Les tarifs sont fixés après une concertation entre le personnel sanitaire qualifié, et les membres du comité de santé qui représentent les populations.

Comme déjà mentionné plus haut, les tarifs appliqués peuvent différer d'un district sanitaire à un autre. Il en est de même d'un centre de santé à un autre ou d'un poste de santé à un autre dans un même district.

La mise en oeuvre de la tarification des soins de santé primaires dans le district sanitaire de Guédiawaye à permis la mobilisation de ressources financières permettant le fonctionnement des structures sanitaires. Les données concernant le centre Roi Baudouin d'une part et le district d'autre part sont résumées dans le tableau 8 pour les années 1996 et 1997, celles des années antérieures étant indisponibles (voir tableau).

Tableau 8: Recettes issues de la tarification des soins de santé dans le district de Guédiawaye.

Rubriques	1996	1997
Vente de tickets consult.	14130900	15928500
Vente des médic. essent.	43303372	33755067
Autres recettes	16390750	71284500
Recettes Centre	73825022	120968067
Recettes postes	53709254	77499890
Total des recettes	127534276	198467957

Sources: Calculs de l'auteur à partir des données du Centre RB / District de Guédiawaye / MSAS.

Les recettes du centre proviennent pour l'essentiel de la vente de médicaments essentiels qui représentent 58,6 % pour l'année 1996. Les marges appliquées sur les prix d'achat de ces derniers sont de 10 à 20 %. La vente des tickets de consultation mobilise 19 % tandis que les autres (hospitalisation, laboratoire, échographie, ...), près de 22,5 %.

Il en est autrement pour l'année 1997 où la plupart des recettes de la tarification proviennent des services d'hospitalisation, de laboratoire, d'échographie, etc.: 58,9%. Les médicaments essentiels mobilisent 27,9 % alors que la vente des tickets de consultation ne représente que 13,2 %.

Par ailleurs, que ce soit au niveau du centre de santé RB, au niveau des postes qu'au niveau du district tout entier, il apparaît de ce tableau une évolution positive du produit de la tarification de 1996 à 1997.

Ces recettes ont ainsi permis la prise en charge des dépenses de fonctionnement hors salaires des formations sanitaires comme le montre le tableau suivant. Ces dépenses communément appelées charges récurrentes sont scindées en trois groupes.

Tableau 9: Dépenses effectuées à partir des recettes de la tarification dans le district de Guédiawaye.

Rubriques	1996	1997
Fonctionnement	16652811	49156023
Médicaments	43148818	62793751
Autres dép et cas sociaux	11535683	9090125
Dépenses du Centre	71337312	121039899
Dépenses postes	743719	71412950
Total Dépenses	78768031	192452849

Sources: Calculs de l'auteur à partir des données du Centre RB / District de Guédiawaye / MSAS.

Ainsi, en 1996, les charges récurrentes sont constituées des dépenses en médicaments pour 60,4 %, des dépenses de fonctionnement pour 23,3 % et des autres dépenses et cas sociaux représentant 16,3 %.

En 1997, les dépenses en médicament ont représenté 51,8 % des dépenses totales pendant que les dépenses de fonctionnement se situent à 40,6 % et les autres dépenses à 7,6 %.

Il ressort de ce tableau que les dépenses ont connu globalement une hausse entre ces deux années.

Considérant l'objectif primordial du principe de recouvrement des coûts au moyen de la tarification des services de santé qui est de procurer suffisamment de ressources financières capables de couvrir les coûts récurrents, la détermination du taux de recouvrement est d'une grande nécessité pour voir dans quelle mesure cet objectif est atteint et aussi tester de la durabilité financière de la structure..

Comme il a déjà été fait pour tout le système sanitaire national, le taux de recouvrement s'obtient en faisant le rapport entre les recettes et les dépenses. Le résultat des calculs afférent aux différentes années sont contenus dans le tableau suivant.

Tableau 10: Taux de recouvrement dans le district de Guédiawaye.

Taux de recouvrement	1996	1997
Centre de santé RB	103 %	99 %
District	161 %	103 %

Sources: Calculs de l'auteur à partir des données du Centre RB / District de Guédiawaye / MSAS.

Au regard des taux de recouvrement obtenus, les recettes mobilisées ont pu couvrir les dépenses hors salaires dans le district sanitaire d'une manière générale. Cependant, on constate une baisse des taux en 1997.

Section II: La méthode d'investigation.

Nous allons d'abord procéder dans cette section à la justification du choix de l'échantillon et de la base de sondage et ensuite à l'exposition de la méthode d'investigation.

I: Choix de l'échantillon et base de sondage.

Il s'agira dans ce paragraphe de déterminer l'échantillon pour ce qui concerne sa taille et sa composition

I. 1: Le choix de l'échantillon.

Le sondage a concerné les personnes, les patientes trouvées par hasard dans le centre pendant la période du 8 Juin au 16 Juin 1998. L'interrogation est portée sur 73 femmes en âge de procréer. En outre, nous nous sommes adressés aux patientes elles-mêmes quand elles sont en mesure de répondre, aux accompagnatrices si c'est le cas

échéant, qui ont donné leur opinion sur l'accessibilité aux services de santé ainsi que sur les variables qui pourraient influencer cette dernière.

Le fait de choisir cette tranche de la population se fonde^{sur} la politique sanitaire de l'Etat selon laquelle une priorité est accordée à la médecine communautaire orientée vers la santé maternelle et infantile, aux milieux ruraux et semi-urbains. Par ailleurs, nous avons considéré que les femmes; les mères de familles, sont les premières à s'occuper de la santé familiale.

Le sondage s'est effectué à deux niveaux: aux services des soins externes et aux services des soins internes dont la pédiatrie, la maternité et à la chirurgie.

I. 2: La base de sondage.

La base de sondage est le recensement de la population couverte par l'établissement sanitaire qui estime la population du district et couverte par le centre à 400000 habitants. Par ailleurs, le nombre de femmes en âge de procréer étant évalué à 92000, le taux de sondage est donc d'environ 1 / 1300.

II: Méthode de collecte des données et la réalisation du sondage.

Il s'agira dans un premier temps d'élaborer l'instrument du sondage et ensuite la technique de réalisation de celui-ci.

II. 1: La collecte des données.

Pour effectuer le sondage, nous avons élaboré un questionnaire qui a été formulé de la manière la plus simple possible pour que les usagers de l'établissement puisse comprendre la teneur des questions. Il a été aussi conçu en sorte qu'il soit bref dans le but de ne pas ennuyer le malade. D'une manière générale, les questions visent

principalement à orienter la patiente à ce qu'elle dévoile certaines de ses situations socio-économiques qui pourraient expliquer l'accès aux services de santé.

Le sondage a été réalisé par nous-mêmes afin de recueillir le maximum d'informations possibles pour ce qui concerne l'opinion des patients ou des accompagnatrices au niveau des soins externes et des soins internes sur des variables susceptibles d'influencer l'accès aux soins de santé médicaux.

II. 2: Les variables d'enquête: concepts et justifications.

L'obtention des avis des personnes interrogées sur des variables nous semble indispensable si l'on se propose de procéder à une telle analyse. Nous avons à cet effet mis l'accent sur ces variables, généralement qualitatives, dont leurs concepts vont être brièvement énumérés ci-dessous.

- *Les cas sociaux*: ce sont des patients considérés comme des indigents auxquels la structure sanitaire a le devoir de prendre en charge leurs dépenses de santé. Dans le cadre de la stratégie du recouvrement des coûts qui exige des populations leur participation financière à l'effort de santé, il est recommandé que les indigents soient exemptés du paiement des services de soins qu'ils reçoivent. Nous voudrions à travers cette variable repérer les personnes qui bénéficient de la gratuité des soins.

- *Le niveau des tarifs*: les tarifs concernent les prix fixés sur les tickets de consultation et les médicaments essentiels mis à la disposition des malades, un moyen d'impliquer les populations dans le partage des coûts. Il s'agira pour nous de voir comment les demandeurs de soins apprécient les tarifs. Une telle appréciation des tarifs nous sera incontournable pour l'évaluation de l'impact de ces derniers sur l'accessibilité.

- *La qualité des soins fournis*: bonne ou non, la qualité des soins dispensés est un des facteurs qui encouragent l'utilisation des services sanitaires et par conséquent la mobilisation des recettes par les établissements de santé.

- *La prise en charge*: c'est le fait de payer au bénéfice d'une tierce personne pour des soins qu'elle a reçus. Ainsi une personne est prise en charge si elle ne dispose pas de moyens financiers suffisants ou pas du tout pour satisfaire ses besoins de santé. A ce propos, il est tout à fait clair qu'un malade sans revenu et non pris en charge par quelqu'un ou la structure sanitaire ne peut accéder aux soins médicaux.

- *Le niveau d'instruction*: il s'agira de voir si le niveau d'étude des individus interrogés peut influencer sur la décision de recourir aux services de santé.

- *La capacité à payer*: le fait d'être à la hauteur de payer est lié au revenu dont sa prise en compte est d'une grande importance car il est un des facteurs déterminants de l'accessibilité surtout économique des populations aux soins.

Etant donné l'habitude de réserve des individus vis à vis du montant de leur revenu, nous avons cherché tout simplement à savoir si l'individu est capable de payer. Cependant d'autres facteurs rentrent en liste pour la détermination de la capacité tels que la taille de la famille, le niveau des autres dépenses de consommation, d'éducation... La capacité à payer est tout aussi déterminante pour l'accessibilité économique.

La revue conceptuelle de toutes ces variables montre qu'elles pourraient influencer et expliquer le degré d'accessibilité des populations aux soins de santé primaires. Les données ainsi recueillies sur les individus et remplies sur les questionnaires ont été saisies sur un logiciel statistique et économétrique: SPSS.

Section III: Application du modèle logit.

Il est question dans cette section d'expliquer le fondement du choix d'un modèle logit et de montrer comment il peut être utilisé pour analyser l'accès aux soins.

I: Justification du choix d'un modèle logit.

Le modèle utilisé pour cet étude incorpore pour la majeure partie des variables qualitatives. De la sorte, il s'est avéré inapproprié, du fait du caractère non quantitatif de ces variables tant dépendantes qu'indépendantes, de procéder par une formulation linéaire du modèle.

Les modèles binaires, comme dans ce cas précis, supposent deux situations alternatives pour ne pas dire deux choix dans lesquels l'individu est susceptible de se situer. Il s'agit donc de la réalisation ou non d'une des deux situations et chaque situation est fonction des caractéristiques propres à chaque individu interrogé ou enquêté.

Ainsi, étant donné qu'on a des informations sur les caractéristiques des individus et la situation dans laquelle ils se trouvent, on doit estimer une équation afin de prévoir les résultats des autres individus ne faisant pas partie de l'échantillon choisi.

Pour ce qui concerne l'analyse de l'accessibilité des populations aux soins de santé, l'application d'un modèle binaire est indispensable. Il en est de même pour des investigations empiriques qui y trouvent toute leur importance surtout quand les données y afférent ne sont pas disponibles.

En effet, la plupart des réponses issues du sondage sont de nature qualitative, c'est-à-dire l'accès ou non aux soins primaires, la capacité ou non à payer pour des soins, etc.

La question de l'accessibilité peut être traitée donc à partir d'un modèle qualitatif que nous avons conçu à cette effet. C'est ainsi que l'accès est fonction par exemple de la capacité à payer, du niveau de qualité des soins dispensés entre autres. Un tel modèle exige la détermination de la probabilité qu'un individu, ayant des caractéristiques données, fera un tel choix, ou sera dans une telle situation plutôt que dans une autre; d'où donc l'existence d'une relation entre les différents facteurs liés à chaque individu et la probabilité que celui-ci a d'être dans une situation donnée: l'accessibilité.

II: Présentation et application du modèle.

En partant du principe que Y_i est une variable dichotomique ne pouvant prendre que deux valeurs; 0 et 1 alors elle va dépendre des k caractéristiques x_{i1}, \dots, x_{ik} de l'individu i . De la sorte, on pourra écrire le modèle probabiliste linéaire de la façon suivante:

$$Y_i = \beta X_i + u_i \quad \text{à savoir } Y_i = \begin{cases} 1 & \text{si occurrence} \\ 0 & \text{si non occurrence.} \end{cases}$$

En d'autres termes, $Y_i = 1$ signifie que l'individu i accède aux soins de santé primaires et $Y_i = 0$ dans le cas contraire.

avec $E(u_i) = 0$ et $\text{Var}(u_i) \neq \text{Var}(u_j)$ pour $i \neq j \Rightarrow$ hétéroscédasticité.

La pente de la régression d'un tel modèle probabiliste linéaire mesure les effets sur la probabilité d'accéder aux soins de santé de la variation d'une unité des caractéristiques individuelles.

Cependant le problème qui se pose est que la probabilité peut avoir des valeurs supérieures à 1 ou inférieures à 0 et il va s'agir de reformuler le modèle en sorte que les

prédictions ne concernent plus une variable binaire mais plutôt une variable continue qui se limite dans l'intervalle $[0,1]$.

C'est dans ces circonstances que le modèle logit est utilisé étant donné que la question est d'interpréter la variable expliquée du modèle de telle manière que les variables explicatives (X_i) deviennent une probabilité dont la valeur est contenue dans l'intervalle $[0,1]$. Soit

$$P_i = (\beta_0 + \beta_1 X_i) = F(Z_i) \text{ où}$$

F est une fonction de probabilité cumulative,

Z_i une variable continue aléatoire et normalement distribuée.

Considérant le modèle choisi pour l'explication de l'accessibilité, la variable dépendante de l'équation de régression est le logarithme népérien des chances qu'une situation particulière se réalise.

En effet le modèle logit peut être spécifier ainsi:

$$P_i = F(Z_i) = \frac{1}{1 + \exp(-Z_i)} \quad (1)$$

d'où

$$\log \frac{P_i}{1 - P_i} = Z_i = \beta_0 + \beta_1 X_i \quad (2)$$

L'équation (2) représente donc la fonction de distribution cumulative logistique.

Z_i s'étend dans un intervalle de $-\infty$ à $+\infty$ alors que P_i se range entre 0 et 1, et que P_i est non linéairement relié à Z_i , c'est-à-dire à X_i .

La satisfaction de ces exigences ci-dessus crée un problème d'estimation parce

que P_i est non linéaire non seulement en X_i mais aussi en β_x comme cela se voit dans l'équation (1). Ce qui veut dire que l'utilisation de la méthode du moindre carré ordinaire est inappropriée pour l'estimation des paramètres.

Cependant ce problème est plus apparent que réel car l'équation (1) est intrinsèquement linéaire, ce qui peut être montré comme suit.

Si P_i la probabilité d'accéder aux soins primaires est donnée par l'équation (2), alors

$$(1-P_i) = \frac{1}{[1+\exp(Z_i)]} \quad (3)$$

De là on peut écrire:

$$\frac{P_i}{1-P_i} = \frac{[1+\exp(-Z_i)]}{[1+\exp(Z_i)]} = \exp(Z_i) \quad (4)$$

Ainsi, le ratio $(P_i / (1 - P_i))$ n'est simplement que la chance d'accéder aux soins primaires qui est défini comme étant la probabilité qu'une femme en âge de procréer accède aux soins primaires par rapport à la probabilité de ne pas y accéder.

Ce ratio est compris entre 0 et 1.

A titre d'exemple, si $P_i = 0,80$ on pourra dire que les chances sont de 4 contre 1 qu'une femme accède aux soins.

En outre en prenant le logarithme népérien de (4) nous obtenons le résultat qui suit:

$$L_i = \log \frac{P_i}{(1-P_i)} = Z_i = \beta_0 + \beta_1 X_i \quad (5)$$

Ainsi, L , le logarithme du ratio des chances d'accéder aux soins n'est pas seulement linéaire en X mais aussi en les paramètres β . L est appelé Logit; d'où le nom de modèle logit avec:

X_i le vecteur des variables explicatives qui caractérisent l'individu i et β , le vecteur des paramètres.

Il vient donc que,

$$\log.ACCES = \beta_0 + \beta_1.TARIF + \beta_2.CAP + \beta_3.QUALIT + \beta_4.NIVETUD + \beta_5.DIST + \beta_6.PCHARG + u_i$$

Conclusion.

Le district sanitaire de Guédiawaye ainsi que le centre plus particulièrement a mobilisé des recettes qui ont pu couvrir les dépenses récurrentes et ainsi accéder à des taux de recouvrement au delà de 100 %. Comme au niveau national, l'objectif de mobilisation des revenus peut être considéré comme atteint. Par ailleurs l'enquête a été effectuée dans le but de s'enquérir de l'impact de la tarification sur l'accessibilité. Le caractère qualitatif de la variable indépendante nous a amené à l'adoption d'un modèle logit qu'il importe de régresser pour déterminer la valeur des coefficients de régression et leur degré de signification.

CHAPTITRE IV:

ANALYSE EMPIRIQUE DE L'ACCESSIBILITE.

Afin de juger du caractère bon ou mauvais du modèle proposé, nous allons procéder par une régression afin de déterminer la valeur des paramètres.

Cependant, il est nécessaire de rappeler que l'estimation par la méthode des moindres carrés ordinaires s'avère inappropriée pour un tel modèle du fait de sa dichotomie. Ainsi, seule donc la régression logistique s'impose. Mais avant de parvenir au test du modèle et à son commentaire, nous allons d'abord procéder à l'exposition des résultats du sondage et ensuite présenter les hypothèses du modèle qui feront l'objet d'une vérification.

Section I: Les résultats du sondage.

Les résultats du sondage, ayant porté sur 73 femmes en âge de procréer (FAP) montrent globalement que 80,8 % parmi celles-ci accèdent facilement aux soins primaires contre seulement 19,2 % qui estiment ne pas y accéder.

Pour une analyse beaucoup plus approfondie, le calcul à partir des tableaux croisés va permettre la mise en relief des influences entre variable dépendante et variables indépendantes d'une part et les variables indépendantes entre elles d'autre part.

I: Spécificité de l'échantillon par rapport à l'accessibilité.

I. 1. Capacité à payer / accessibilité.

Le tableau suivant évoque les opinions des personnes interrogées sur la capacité à payer et l'accessibilité aux soins.

C'est ainsi que 65,8 % sont incapables de payer pour les soins reçus au niveau du centre; une proportion qui est nettement en dessus de la moyenne.

Cependant, parmi ces individus, 16,4 % n'ont pas accès aux services de soins. Tous les individus supposés incapables et ayant accès aux soins ont fait l'objet d'une prise en charge par un parent ou autres.

34,2 % des FAP sont capables de payer pour les services reçus et accèdent aux soins.

Tableau 11: Répartition de l'échantillon selon la capacité à payer et l'accessibilité.

	CAP			
		non	oui	total
ACCES	non	12 (16,4 %)	2 (2,7 %)	14 (19,2 %)
	oui	36 (49,3 %)	23 (31,5 %)	59 (80,8 %)
	total	48 (65,8 %)	25 (34,2 %)	73 (100 %)

Source: Calculs de l'auteur à partir des données du sondage.

I. 2: Prise en charge / accessibilité

Parmi les FAP de l'échantillon choisi, 41,1 % ne sont pas prises en charge. Plus de la moitié des individus est prise en charge par une tierce personne:58,9%.

Il est en effet le lieu de souligner qu'il existe des cas sociaux communément appelés les indigents qui doivent être à la charge du comité de santé de la structure et qui n'ont nullement figuré dans l'échantillon.

Ainsi, les personnes non prises en charge ont souvent recourt à un emprunt ou à une vente d'objet pour accéder aux soins, dans le cas contraire, elles abandonnent purement et simplement les soins. Ces dernières représentent 8,2%.

Tableau 12: Répartition de l'échantillon selon la prise en charge et l'accessibilité.

		PCHARGE		
		non	oui	total
ACCES	non	6 (8,22 %)	8 (10,9 %)	14 (19.2 %)
	oui	24 (32,8 %)	35 (47,9 %)	59 (80,8 %)
	total	30 (41,1%)	43 (58,9 %)	73 (100 %)

Sources: Calculs de l'auteur à partir des données du sondage.

I. 3: Niveau des tarifs / accessibilité.

Trois niveaux d'appréciation sont attribués aux tarifs (combinés) appliqués sur les tickets de consultation et les médicaments essentiels.

C'est ainsi qu'au sein de l'échantillon, 4,1 % des individus pensent que le niveau des tarifs est bas, 43,8 % sont pour un niveau abordable et 52,1% pour un niveau élevé.

Parmi les 14 individus qui n'ont pas un accès facile aux soins, 78,5 % trouvent que les tarifs sont élevés tandis que le reste prennent les tarifs pour abordables.

On remarque avec évidence que toutes celles qui estiment que les tarifs sont bas, prétendent accéder facilement aux services sanitaires.

Au demeurant, bien que la plupart des personnes trouvent ces tarifs élevés, plus nombreuses sont celles qui accèdent facilement aux soins. Ceci certifie que des facteurs autres que les tarifs influencent l'accessibilité.

Tableau 13: Répartition de l'échantillon selon l'appréciation du niveau des tarifs et l'accessibilité.

		TARIFS			
		bas	abordable	élevé	total
ACCES	non	0	3 (4,1%)	11 (15%)	14 (19,2%)
	oui	3 (4,1%)	29 (39,7%)	27 (36,9%)	59 (80,8%)
	total	3 (4,1%)	32 (43,8%)	38 (52,1%)	73 (100%)

Sources: Calculs de l'auteur à partir des données du sondage.

I. 4: Niveau d'étude / accessibilité.

Le niveau d'étude des individus est une variable déterminante de l'accessibilité car pouvant influencer sur la décision de recourir aux soins médicaux. C'est ainsi qu'un peu plus de la moitié des FAP (50,7 %) sont analphabètes, 8,2 % ont été alphabétisées en langue nationale, 28,8 % ont arrêté leurs études au niveau primaire, 11 % au niveau secondaire premier cycle et enfin 1,4 % seulement sont arrivées au deuxième cycle. En somme donc, 41,2 % des femmes interrogées ont fait le cours primaire alors que 58,8 % n'ont été scolarisées.

Par ailleurs, le constat est, ceux qui fréquentent le plus la structure sanitaire sont des analphabètes. L'enseignement que l'on peut en tirer est que plus l'individu a fait des études poussées moins il fréquente les structures de soins primaires. Ce qui laisse supposer que les individus de niveau d'étude poussé ont tendance à se faire consulter au niveau plus haut (hôpitaux, cliniques, ...)

En outre parmi les FAP qui pensent accéder difficilement aux services sanitaires, leur plupart sont des analphabètes (57 %).

Tableau 14: Répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude et l'accessibilité.

		NIVETUD					
		analp	alp	prim	sec1	sec2	total
ACCES	non	8 (10,9 %)	2 (2,7 %)	3 (4,1 %)	1 (1,4 %)		14 (19,2 %)
	oui	29 (39,7 %)	4 (5,4 %)	18 (24,6 %)	7 (9,5 %)	1 (1,4 %)	59 (80,8 %)
	total	37 (50,7 %)	6 (8,2 %)	21 (28,8 %)	8 (11,0 %)	1 (1,4 %)	73 (100 %)

Sources: Calculs faits par l'auteur à partir des données du sondage

II: Spécificité de l'échantillon par rapport au niveau des tarifs

II. 1: Capacité à payer / niveau des tarifs.

La capacité à payer joue un rôle prépondérant dans l'appréciation du niveau des tarifs comme les résultats du sondage peuvent l'attester.

64,6 % se disant incapables de payer pour des services reçus trouvent que les tarifs appliqués sont élevés alors que 33 % les trouvent abordables.

Dans un autre sens, seulement 28 % se croyant capables estiment que le niveau des tarifs est élevé.

Dans le premier cas, c'est l'absence de revenu et le niveau des autres dépenses qui sont pris en compte en plus des tarifs tandis que dans le deuxième cas ce n'est que les tarifs qui sont en considération.

Tableau 15: Répartition de l'échantillon selon la capacité à payer et le niveau des tarifs.

	CAP			total
	non	oui		
TARIFS	bas	1 (1,4 %)	2 (2,7 %)	3 (4,1 %)
	abordable	16 (21,9 %)	16 (21,9 %)	32 (43,8 %)
	élevé	31 (42,4 %)	7 (9,6 %)	38 (52,1 %)
	total	48 (65,8 %)	25 (34,2 %)	73 (100 %)

Sources: Calculs faits par l'auteur à partir des données du sondage.

II. 2: Prise en charge / niveau des tarifs.

Le constat que nous pouvons faire à ce niveau est que 1,4 % des individus non pris en charge estiment que le niveau des tarifs est bas, 24,6 % parmi ceux-là pensent qu'il est abordable et 15 % les considèrent comme étant élevés.

Par contre 2,7 % des prises en charge pensent que le niveau des tarifs ^{est} bas, 19,78 % que le niveau est abordable et 40,0 % que le niveau est élevé.

La prise en charge peut à ce niveau être nuancer. Ou bien l'individu a les moyens de se payer lui-même les soins et n'est pas pris en charge, ou bien il n'a aucun soutien pouvant lui payer les soins médicaux.

Tableau 16: Répartition de l'échantillon la prise en charge et le niveau des tarifs.

		PCHARGE.		
		non	oui	total
TARIFS	bas	1 (1,4%)	2 (2,7%)	3 (4,1%)
	abordable	18 (24,6%)	14 (19,2)	32 (43,8%)
	élevé	11 (15,1%)	27 (37%)	38 (52,1%)
	total	30 (41,1%)	43 (58,9%)	73 (100%)

Sources: Calculs de l'auteur à partir des données du sondage.

II. 3: Niveau d'étude / niveau des tarifs.

Le tableau ci-dessous montre que 2,7 % des analphabètes appartenant à l'échantillon étudié considèrent les tarifs comme bas, 19,17 % comme abordables, et 28,8 % comme élevés. Quant à ceux du niveau primaire, ils sont 13,7 % à penser que le niveau est abordable et 15 % pour un niveau élevé.

La majeure partie des personnes qui trouvent que le niveau des tarifs est élevé sont donc des analphabètes et représentent 55,2 %. Il ressort de ce tableau que rares sont les femmes de niveau d'étude avancé qui pensent la même chose, 2,6 %.

Tableau 17: Répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude et le niveau des tarifs.

		NIVETUD					
		analp	alp	prim	sec1	sec2	total
TARIFS	bas	2 (2,7%)			1 (1,4%)		3 (4,1%)
	abordable	14 (19,2%)	3 (4,1%)	10 (13,9%)	5 (6,8%)		32 (43,8%)
	élevé	21 (28,7%)	3 (4,1%)	11 (15%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	38 (52,1%)
	total	37 (50,7%)	6 (8,2%)	21 (58,9%)	8 (11%)	1 (1,4%)	73 (100%)

Sources: Calculs de l'auteur à partir des données du sondage.

Section II: Les hypothèses du modèles et codification des variables.

Il sera question dans cette section d'énumérer les hypothèses qui feront l'objet de vérification et de l'analyse des résultats obtenus.

I: les hypothèses du modèle.

Les hypothèses peuvent s'énoncer comme suit:

- le niveau des tarifs appliqués sur les soins influe négativement sur l'accessibilité aux soins.
- l'accès aux soins est négativement lié à la distance qui sépare le domicile du patient du centre de santé.
- la capacité à payer, dépendant du niveau de revenu individuel et du nombre de personnes prises en charge influence d'une manière positive l'accès aux soins.
- l'accès est négativement relié au niveau d'étude de l'individu.
- le fait qu'une personne soit prise en charge par un parent facilite l'accessibilité.
- la prestation des soins de bonne qualité encourage les patients à utiliser la structure sanitaire.

Les hypothèses ainsi établies, les informations issues du sondage nous permettront de mener l'analyse de l'accessibilité aux services de santé des femmes en âge de procréer lesquelles constituent notre échantillon.

II: La codification des variables.

Etant donné le caractère qualitatif de la variable dépendante et de la plupart des variables indépendantes, leur traitement nécessite donc qu'elles soient codées.

Ceci étant, la variable dépendante est donc ACCES codée 1 si l'événement est d'occurrence c'est-à-dire si l'individu accède aux soins, et 0 dans le cas contraire.

$$Y_i = \begin{cases} 1 & \text{si occurrence} \\ 0 & \text{si non occurrence} \end{cases}$$

Ainsi, il nous a valu procéder à la codification des variables comme il va suivre.

- niveau des tarifs appliqués (TARIFS) codé par 1 s'ils sont estimés bas par les patients, par 2 dans le cas où ils sont abordables par 3 quand ils sont considérés comme élevés.
- la qualité des soins dispensés (QUALIT) codée de 1 pour mauvaise, 2 pour moyenne et 3 pour bonne.
- la prise en charge (PCHARGE) avec pour code 1 si la personne est prise en charge et 0 dans le cas échéant.
- le niveau d'étude (NIVETUD) des personnes interrogées. La codification est de 0 pour la personne analphabétisme, 1 alphabétisée, 2 de niveau primaire, 3 de niveau secondaire 1er cycle et 4 de niveau secondaire 2ème cycle.
- la distance entre le domicile et le centre de santé (DIST) qui est évaluée en kilomètre.
- et enfin la capacité à payer (CAP) qui est codifiée par 1 quand l'individu l'est et 0 dans le cas contraire.

Ce qui revient à écrire:

$$\text{ACCES} = F(\text{TARIFS}, \text{QUALIT}, \text{PCHARGE}, \text{NIVETUD}, \text{DIST}, \text{CAP}).$$

Ce qui mène à la régression du modèle afin de déterminer la relation entre la variable dépendante et les variables indépendantes d'une part, et entre les variables indépendantes d'autre part.

Section III: Tests et commentaires du modèle.

A ce niveau, il s'agira de faire la régression du modèle et de faire un commentaire sur les résultats des tests.

I: La régression du modèle.

La régression logistique du modèle à partir du logiciel SPSS a donné en résultats suivants.

Dependent Variable.. ACCES accédez-vous facilement aux soins

Beginning Block Number 0. Initial Log Likelihood Function

-2 Log Likelihood 71,364055

* Constant is included in the model.

Beginning Block Number 1. Method: Enter

Variable(s) Entered on Step Number

1..	CAP	êtes-vous capables de payer?
	DIST	à quelle distance du centre habitez-vous?
	NIVETUD	quel est votre niveau d'étude?
	PCHARGE	êtes-vous pris en charge par un parent?
	QUALIT	comment trouvez-vous la qualité des soins?
	TARIFS	comment appréciez-vous le niveau des tarifs?

Estimation terminated at iteration number 5 because
Log Likelihood decreased by less than ,01 percent.

-2 Log Likelihood 56,368

Goodness of Fit 70,703

	Chi-Square	df	Significance
Model Chi-Square	14,996	6	,0203
Improvement	14,996	6	,0203

Classification Table for ACCES

		Predicted		Percent Correct
		non n	oui o	
Observed	non n	5	9	35,71%
	oui o	0	59	100,00%
				Overall 87,67%

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
CAP	1,9241	1,0471	3,3768	1	,0661	,1389	6,8489
DIST	-,6911	,3288	4,4185	1	,0356	-,1841	,5010
NIVETUD	,1028	,3131	,1077	1	,7427	,0000	1,1082
PCHARGE	1,4065	,8442	2,7753	1	,0957	,1042	4,0815
QUALIT	1,1367	,7460	2,3218	1	,1276	,0672	3,1165
TARIFS	-1,2774	,8242	2,4023	1	,1212	-,0751	,2788
Constant	1,2278	3,1587	,1511	1	,6975		

Plus spécifiquement, le modèle se présente ainsi.

$$\text{Log.ACCE}_i = 1,2278 - 1,2774.\text{TARIFS} + 1,1367.\text{QUALIT} \\ + 1,4065.\text{PCHARGE} + 0,1028.\text{NIVETUD} - 0,6911.\text{DIST} + 1,9241.\text{CAP}$$

II: Commentaire des résultats.

Avant de tester de la significativité des résultats obtenus, nous allons d'abord tester la qualité de la régression du modèle. Et comme il s'agit d'un modèle logit, nous allons nous référer à la liste des valeurs prédites qui est ainsi établie.

		Valeurs prédites Y_i	
		non 0	oui 1
Valeurs observées Y_i	non 0	n00	n01
	oui 1	n10	n11

- n_{00} est le nombre de fois où on prédit que $Y = 0$ alors qu'on observe que $Y = 0$
- n_{11} est le nombre de fois où on prédit que $Y = 1$ et qu'on observe que $Y = 1$
- $n_{00} + n_{11}$ est le nombre de fois où le modèle ne se trompe pas.
- n_{01} est le nombre de fois où on prédit que $Y = 1$ et qu'on observe $Y = 0$
- n_{10} est le nombre de fois où on prédit que $Y = 0$ alors qu'on observe $Y = 1$
- $n_{01} + n_{10}$ est le nombre de fois où le modèle se trompe.

N , le nombre d'observation = $(n_{00} + n_{10}) + (n_{01} + n_{11})$.

La qualité de la régression dépendra du rapport $(n_{00} + n_{11}) / N$. Le modèle sera jugé significatif si ce rapport est proche de 1.

Dans notre cas, il équivaut à:

(5+59)

----- = 0,8767 soit 87,67 %

73

Ce qui veut dire que 87,67 % des valeurs sont correctement prédites par le modèle. Ceci étant, nous pouvons aisément nous fier de la qualité de la régression.

En se référant à la littérature, il est souvent avancé que l'application des tarifs améliore l'accessibilité aux soins, que la prise en considération des seules tarifs ne peut pas expliquer l'accessibilité. Les tarifs sont peu influant si on prend en compte d'autres facteurs tels que la distance, le niveau d'étude, la capacité à payer englobant le niveau du revenu et la taille de la famille ainsi que les autres dépenses.

Comme nous pouvons le constater, à partir des résultats obtenus, les variables seront significatives si le test de Wald est supérieur à 2. Et dans ce cas, les variables expliquent vraiment le modèle.

Les tarifs sont négativement liés à l'accessibilité avec un coefficient de régression égal à -1,2774. Il s'avère qu'avec un tel coefficient, si le niveau des tarifs augmente d'une unité, la probabilité d'accéder aux soins baisse de 1,27 %. Ce coefficient est significatif au regard du test de Wald qui est de 2,4023 sensiblement supérieur à 2 mais au seuil de 12 %.

En outre la distance semble mieux expliquer l'accessibilité pour un Wald égal à 4,4185 largement supérieur à 2. Le coefficient de régression estimé à -0,6911 est ainsi significatif au seuil de 3,5 % et plus la distance est grande, plus l'accès est difficile. Ceci semble vérifier l'hypothèse.

Une autre variable plus significative que les tarifs est la capacité à payer avec un coefficient de régression de 1,9241 où le test de Wald est supérieur à 2 (3,3768) et d'un risque d'erreur de 6 %. Plus la capacité de l'individu croît d'une unité, la probabilité que celui-ci accède aux soins augmente de 1,92 %.

Pour un test de Wald égal à 2,7753, la prise en charge est significative au seuil de 9,5 % avec un coefficient de régression de 0,214. Ainsi une personne prise en charge, bien qu'incapable de payer, peut facilement accéder aux soins; d'où la liaison positive entre accessibilité et prise en charge.

Il est aussi démontré à partir de la régression que la qualité est l'un des facteurs qui influencent positivement l'accès aux soins avec un coefficient de corrélation de 1,1367. Il est en fait évident que quand la formation sanitaire offre des soins de bonne qualité, les populations ont tendance à plus demander ses services. Au vue du test de Wald (2,3218), la qualité explique significativement l'accessibilité avec un risque d'erreur de 12 %.

Le niveau d'étude pourrait expliquer l'accessibilité. Son coefficient de corrélation de 0,1028 atteste de l'influence positive de l'éducation sur l'utilisation de la structure. Cependant, cette variable est insignifiante vue le test de Wald (0,1077).

Ainsi, la probabilité pour une femme en âge de procréer d'accéder aux soins de santé primaires est calculée à partir de la formule suivantes:

$$P = \frac{1}{[1 + \exp(-Z)]}$$

où $Z = \text{Log ACCES}$.

A partir des caractéristiques propres à chaque femme, c'est-à-dire les variables indépendantes, il est possible de déterminer la probabilité qu'a une femme d'accéder aux soins primaires.

En guise d'illustration, considérons:

1°) une femme qui pense que le niveau des tarifs est élevé, que la qualité des soins est bonne, qui est prise en charge par un parent, qui a été alphabétisée en langue nationale, habitant à un kilomètre du centre et incapable de payer pour les soins, alors la probabilité pour que cette femme accède aux services de soins est P_1 .

$$Z_1 = 1,2278 - 1,2774*3 + 1,1367*3 + 1,4065*1 + 0,1028*1 - 0,6911*1 + 1,9241*0$$

$$Z_1 = 1,6239$$

Il vient que:

$$P_1 = \frac{1}{[1 + \exp(-1,6239)]} = 0,835$$

La femme "1" a donc 83,5 % de chance d'accéder aux soins primaires.

Dans ce cas spécifique, la seule prise en compte des tarifs (élevés) et encore de la capacité à payer (incapable) nous fait penser que cette femme ne pourra pas accéder aux soins. Mais finalement elle y accédera grâce à sa prise en charge.

2°) une femme qui possède des caractéristiques semblables à la première et qui par contre est capable de payer pour les soins reçus, alors la probabilité pour que cette femme accède aux services de soins est P_2 .

$$Z_2 = 1,2278 - 1,2774*3 + 1,1367*3 + 1,4065*0 + 0,1028*1 - 0,6911*1 + 1,9241*1$$

$$Z_2 = 2,1415$$

On aura:

1

$$P_2 = \frac{1}{1 + \exp(-2,1415)} = 0,8948$$

$$[1 + \exp(-2,1415)]$$

La femme "2" a donc 89,4 % de chance d'accéder aux soins primaires.

Dans cette situation, l'individu acquiert encore plus de chance d'accéder aux soins à cause tout simplement du fait qu'il soit capable de payer.

3°) une femme qui pense que le niveau des tarifs est abordable, que la qualité des soins est bonne, qui est prise en charge par un parent parce qu'incapable de payer pour les services reçus, qui est alphabétisée, habitant à un kilomètre du centre, alors la probabilité pour que cette femme accède aux services de soins est P_3 .

$$Z_3 = 1,2278 - 1,2774*2 + 1,1367*3 + 1,4065*1 + 0,1028*1 - 0,6911*1$$

$$+ 1,9241*0$$

$$Z_3 = 2,9013$$

donc

$$P_3 = \frac{1}{[1+\exp(-2,9013)]} = 0,9479$$

La femme "3" a donc 94,7 % de chance d'accéder aux soins primaires.

Ce résultat montre qu'en rendant le paiement des tarifs abordable pour les utilisateurs du centre, on accède encore mieux aux soins par rapport à la première situation. Cependant, la capacité est par la même occasion un facteur qui a amélioré l'accessibilité.

Par ailleurs, en comparant les situations des femmes 1 et 3, la chance d'accessibilité est plus élevée pour un niveau de tarifs abordable qu'un niveau élevé (94,7% contre 83,5 %). Donc avec un niveau de tarifs jugé abordable par un individu, l'accès de celui-ci est encore plus facile même frappé d'incapacité mais pris en charge par quelqu'un.

Il est apparu à travers le sondage que 4,1 % des femmes interrogées pensent que le niveau des tarifs sont bas, 43,8 % pensent qu'il est abordable alors que plus de la moitié le considèrent comme élevé.

L'analyse de l'appréciation du niveau des tarifs diffère selon qu'on se situe du côté des prestataires ou du côté des utilisateurs.

De l'avis des pouvoirs publics, les tarifs des tickets de participation sont fixés à des niveaux bas dans le but de permettre aux populations de se payer la consultation. Un tel propos reste à vérifier étant donné le manque d'une détermination des coûts préalable à une fixation de tarifs indexés sur le coût moyen ou sur le coût marginal de prestation.

En outre, les prix des médicaments vendus au niveau des structures sanitaires publiques (postes et centres de santé) sont bas, comparés à ceux appliqués dans les pharmacies privées. En prenant l'exemple de l'Amoxicilline 500, ce médicament coûte pour 20 comprimés 1200 F dans le cadre de l'IB alors qu'une boîte de 12 comprimés se vend au niveau des pharmacies privées à **1649 F.**

Cette situation de relatifs bas tarifs au niveau des structures publiques de soins primaires est due à la mise en place de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement qui traite directement en amont avec les fournisseurs de médicaments sous leur nom générique et en aval avec les dépôts des districts sanitaires sans intermédiaires. Ces médicaments essentiels sont vendus sous leur nom générique avec des marges bénéficiaires par les dépôts des districts qui approvisionnent les centres et les postes de santé sous tutelle de ces derniers. A leur tour, les centres et les postes de santé vont vendre ces médicaments aux patients en y appliquant une certaine marge bénéficiaire.

Ainsi une vente interne au secteur public de médicaments essentiels s'est développée et a contribué à beaucoup réduire les coûts des médicaments et par conséquent leur prix.

L'avis des prestataires sur le niveau des tarifs ne semble pas être partagé par les patients qui, pour leur majeure partie trouvent les tarifs élevés. En excluant toute comparaison avec le secteur privé (pharmacies), le fait que les personnes interrogées prennent pour élevés les tarifs surtout des médicaments semble explicable. De la PNA à l'utilisateur du médicament, le passage par les dépôts des centres puis des postes de santé a contribué à relever les prix qui, dans les PNA sont réellement bas. Un tel passage nécessite l'application des marges de bénéfice et au bout de la chaîne, le patient se retrouve avec un tarif élevé.

Quand nous prenons l'exemple du Centre Roi Baudouin, le dépôt du district applique une marge de 20 % tandis que celui du centre fait une marge de 10 à 20 %. De la sorte, le prix des médicaments à la charge du malade devient 30 à 40 % plus chers que les prix de la PNA. Le cumul des marges influence défavorablement le niveau d'appréciation des demandeurs de soins, et est l'un des facteurs du renchérissement des médicaments.

L'autre facteur important qui fait considérer le niveau des tarifs comme élevé pour ces individus est l'absence ou la faiblesse des revenus individuels. Il en est que quelque soit la bassesse des tarifs, tout individu sans ressources financières s'avère incapable de payer et cette incapacité peut les amener à considérer les tarifs comme élevés.

Donc avec une relation négative entre le niveau des tarifs et l'accessibilité, ce résultat prouve que la prise en compte du seul niveau des tarifs n'est pas déterminant pour l'accès aux soins. D'autres facteurs en sont plus ou moins déterminants.

Vue la relation insignifiante du niveau d'étude des femmes interrogées, nous nous proposons de tester le modèle tout en excluant cette variable. La régression est la suivante.

	Chi-Square	df	Significance
Model Chi-Square	14,887	5	,0109
Improvement	14,887	5	,0109

Classification Table for ACCES

		Predicted		Percent Correct
		non n	oui o	
Observed	non n	5	9	35,71%
	oui o	0	59	100,00%
				Overall 87,67%

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
CAP	1,9571	1,0458	3,5022	1	,0613	,1451	7,0786
DIST	-,6910	,3285	4,4255	1	,0354	-,1844	,5011
PCHARGE	1,3813	,8361	2,7297	1	,0985	,1011	3,9802
QUALIT	1,1830	,7319	2,6128	1	,1060	,0927	3,2641
TARIFS	-1,2919	,8264	2,4437	1	,1180	-,0788	,2747
Constant	1,2416	3,1552	,1548	1	,6940		

Le modèle estimé devient donc:

$$\text{Log.ACCE}_2 = 1,2416 - 1,2919.\text{TARIFS} + 1,1830.\text{QUALIT} \\ + 1,3813.\text{PCHARGE} - 0,6910.\text{DIST} + 1,9571.\text{CAP}$$

De la même manière que la régression précédente, le test de la qualité de l'ajustement donne 87,67 %, proche de 1 est attesté de la bonne qualité de la régression.

Globalement, on peut donc considérer que le modèle est significatif. Toutes les variables explicatives sont significativement liées à la variable dépendante.

A partir des résultats obtenus, il apparaît que l'accessibilité dépend négativement du niveau des tarifs, positivement de la qualité des soins ainsi que de la prise en charge, négativement de la distance où se situe la structure sanitaire et positivement de la capacité à payer. Ce qui semble conforme aux résultats précédents. C'est ainsi que par exemple si le niveau des tarifs augmente d'une unité, la probabilité pour une femme d'accéder aux services sanitaires baisse de 1,29 % alors que si la capacité à payer croît d'un point, l'accessibilité augmente de 1,38 %.

La valeur de cette probabilité d'accéder aux soins pour un individu donné ayant des caractéristiques et opinion propres (semblable à l'exemple de la femme 1 vue plus haut) tels que penser que le niveau des tarifs est élevé, que la qualité des soins est bonne, qui est prise en charge par un parent, habitant à un kilomètre du centre et incapable de payer pour les soins, alors la probabilité pour que cette femme accède aux services de soins est P_4 .

$$Z_4 = 1,2416 - 1,2919*3 + 1,1830*3 + 1,3813*1 - 0,6910*1 + 1,9571*0$$

$$Z_4 = 1,6052$$

alors,

1

$$P_4 = \frac{1}{1 + \exp(-1,6052)} = 0,832$$

$$[1 + \exp(-1,6052)]$$

Une telle personne a 83,2 % de chance d'accéder aux soins primaires. On remarque que les chances d'accéder aux soins sont sensiblement égales pour les deux cas.

Conclusion.

L'hypothèse selon laquelle la tarification améliore l'accès aux soins de santé primaires n'est pas dans une certaine mesure vérifiée si l'on s'en tient seulement à l'influence des tarifs sur l'accessibilité. Il vient des régressions effectuées que le niveau des tarifs est négativement lié à l'accès. Mais cette même hypothèse est vérifiable si l'on considère en outre que l'instauration du système de tarification a jouée sur la génération de revenus, sur le renouvellement des stocks de médicaments et donc sur la disponibilité des soins.

Le sondage a révélé que la plus grande proportion des individus interrogés accèdent facilement aux soins. Donc comme l'estimation du modèle l'a montré, cette accessibilité n'est pas seulement due à l'application des tarifs, mais a d'autres variables telles que la proximité des structures sanitaires, la capacité à payer et la solidarité qui se traduit par la prise en charge. La qualité des soins dispensés en est aussi très déterminante.

CONCLUSION GENERALE.

L'Initiative de Bamako, reposant sur la participation communautaire dans la planification, le financement et le suivi des services de soins, a pour but d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux soins de santé primaires et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique. La tarification des soins de santé primaires constitue à cet effet une manière d'impliquer la population dans le partage des coûts liés à la santé entre ces dernières, l'Etat et les partenaires au développement. Ainsi, face à une insuffisance de plus en plus accentuée des ressources nécessaires au bon fonctionnement des établissements sanitaires, l'application des tarifs sur les services de soins avait pour objectif primordial d'accroître les revenus afin de couvrir les coûts surtout récurrents de prestation de soins. Il est donc à cet effet opportun de faire une évaluation aussi bien quantitative que qualitative de cette stratégie de recouvrement des coûts.

L'évaluation quantitative consistait à analyser dans quelle mesure la tarification des soins de santé primaires a permis une mobilisation de ressources financières capables de financer les coûts hors salaires des structures sanitaires. Le but du principe de la tarification des soins est de générer des revenus pouvant permettre aux centres et postes de santé d'aboutir à une autonomie financière afin d'assurer une continuité des services de qualité. Ceci est en effet une réponse à la faible allocation budgétaire au secteur de la santé qui devenait incessamment insuffisant à cause de la tendance démographique forte et des dépenses de santé de plus en plus élevées.

Depuis la généralisation de la stratégie de recouvrement des coûts au moyen de la tarification, les structures sanitaires ont pu mobiliser assez de ressources qui ont couvert les charges récurrentes indispensables à leur fonctionnement étant entendu que les salaires du personnel qualifié est au dépend de l'Etat. C'est ainsi que le système sanitaire

sénégalais a enregistré des taux de recouvrement de plus de 100 %. Dans le même temps, les recettes de la tarification excèdent d'année en année les crédits de l'Etat alloués aux districts sanitaires.

Ce phénomène a engendré des résultats médicaux encourageants dans la mesure où l'on assiste à de moins fréquentes ruptures de stocks de médicaments essentiels. Il s'en est donc suivi une disponibilité des soins et en qualité améliorée contribuant de la sorte pour un meilleur état de santé des populations.

L'évaluation qualitative de la tarification des soins de santé primaires quant à elle consistait à voir quel a été l'impact sur les utilisateurs des services de santé. Spécifiquement, ce travail a porté sur l'accessibilité des populations aux soins, à savoir si la tarification améliore l'accès aux soins. Il fallait aussi montrer que l'accès aux soins n'est pas seulement déterminé par le paiement pour des soins reçus mais aussi par la disponibilité des médicaments, la bonne qualité des soins dispensés et la continuité des services.

Pour faire état de l'effet de la tarification sur l'accessibilité, il a fallu mener une enquête d'opinion au niveau des populations. L'échantillon utilisé est composé uniquement de femmes en âge de procréer. Le sondage a révélé que la plus grande proportion des individus accède aux soins: 80,8 %. Cette accessibilité est expliquée en plus des tarifs par un nombre de facteurs tels que la capacité à payer, la distance entre la structure et le domicile du patient, le niveau d'étude de celui-ci et le fait qu'il soit ou non pris en charge par une tierce personne.

Ainsi, la régression du modèle logit choisi pour cet effet a révélé les résultats pertinents dans la mesure où la revue de la littérature n'a pas permis une lecture de quelconque résultats consécutifs à une régression d'un modèle de ce genre. Ce qui justifie de la pertinence des résultats. Les calculs effectués dans ce sens ont servi à la

détermination d'un indicateur d'accessibilité géographique c'est-à-dire qui se réfère seulement à la répartition des structures sanitaires.

Il survient de la régression que les conclusions suivantes peuvent être avancées. Le niveau des tarifs appliqués est négativement lié à l'accessibilité. En d'autres termes, plus que le niveau des tarifs augmente, l'accessibilité des populations aux soins baisse. Un résultat qui ne vérifie pas les propos postulant que la tarification améliore l'accès ou sinon d'une manière directe. Cette situation peut paraître contraire à l'objectif de l'IB qui consiste à assurer un meilleur accès des populations aux soins.

Par contre, l'accessibilité dépend positivement de la qualité des soins dispensés. La bonne qualité des soins pousse les individus à utiliser davantage la structure sanitaire.

La distance qui sépare le domicile du patient de la structure est négativement liée à l'accessibilité, c'est-à-dire que l'éloignement d'un centre ou poste de santé est un handicap pour l'accessibilité des populations.

Comme aussi, le fait d'être pris en charge influence positivement l'accès aux soins. Telle est la traduction de la solidarité qui existe entre les individus et qui contribue à améliorer l'accessibilité.

L'accessibilité est enfin expliquée par la capacité de l'individu à payer pour les soins. Plus la personne est capable de se payer les soins, plus facilement il y accède.

En somme, tous les résultats semblent réalistes et conformes à la littérature traditionnelle selon laquelle seule la tarification ne détermine pas l'accès aux services sanitaires. Il existe d'autres facteurs plus déterminants. Et donc, l'influence des tarifs se résume sur son caractère mobilisateur de ressources pouvant assurer la disponibilité, la qualité et la continuité entre autres, des soins médicaux. Il est bien établi que les variables indépendantes ci-dessus sont significativement liées à la variable dépendante. Par contre, pour ce qui concerne le niveau d'étude, la relation bien que positive est insignifiante.

Au demeurant, les résultats mentionnés plus haut sont d'une grande utilité car pouvant orienter sur quelles variables et dans quel sens agir pour rendre l'accès aux soins facile à toute la population. Considérant que l'accessibilité suppose l'utilisation ou la fréquentation des postes et centres de santé pour ce qui est des soins primaires, l'objectif de mobilisation de revenu n'a de chance d'être atteint que si les populations fréquentent les structures sanitaires. Ce qui signifie que des politiques visant à rendre l'accès aux soins plus facile devront être entreprises.

Pour une meilleure utilisation des services sanitaires, une politique visant à **rendre les tarifs abordables doit être amorcée**. Il s'agira soit de baisser le niveau des tarifs, soit de faire en sorte d'élever les niveaux de vie pour que tous puissent payer.

Dans le premier cas, la baisse des tarifs est possible en instaurant des méthodes de distribution des médicaments pouvant davantage rapprocher les structures sanitaires de base de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement. Cette élimination des intermédiaires internes au système va permettre une réelle baisse des coûts et de certaines marges bénéficiaires et par conséquent donc, une réduction des prix de vente des médicaments.

Une telle baisse des tarifs déjà supposés comme modiques par les pouvoirs publics, non suivie par une hausse de la demande de soins et une parfaite maîtrise des coûts pourrait restreindre le volume des recettes, occasionner un mauvais fonctionnement des structures et par conséquent détériorer l'état de santé des populations.

Mais vue le niveau des taux de recouvrement qui est au delà de 100 %, la baisse du niveau des tarifs n'aura pas de conséquence dommageable sur la capacité des recettes de la tarification à couvrir les dépenses de fonctionnement des structures sanitaires.

Une éventuelle baisse du niveau des tarifs peut augmenter les taux de fréquentation et le montant des recettes, la demande de soins étant supposée dépendre négativement des tarifs. Ceux qui auparavant n'étaient pas en mesure de payer accéderont finalement aux soins et de ce fait, une amélioration plus étendue de l'état de santé des populations.

Il sera donc question de trouver le prix juste pouvant faire aboutir au double objectif de recouvrement des coûts et l'accessibilité financière. Pour cela, l'analyse des coûts des prestations de chacun des services offerts s'impose pour la fixation des tarifs. Et c'est

seulement dans ce cas qu'il est possible d'égaliser les tarifs aux coûts moyens ou marginaux quand ces premières s'avèrent sur évalués, ou bien de déterminer la juste part de contribution de l'Etat sous forme de subvention dans une situation de sous évaluation des tarifs. Pour cela, il faut nécessairement créer au sein du système de santé des services de comptabilité analytique.

L'autre variable stratégique sur laquelle doivent miser les pouvoirs publics est la capacité à payer les soins. La capacité à payer dépend du revenu de l'individu, du nombre de personnes à sa charge, des prix des biens de consommation. Une politique de redistribution des revenus est indispensable pour relever le niveau de vie des populations surtout les indigents. Il a été vu plus haut que les structures de santé ont pu grâce au paiement des soins recouvrer leurs coûts à plus de 100%, réalisant ainsi des profits qui, s'ils ne sont pas utilisés pour bonifier la qualité, demeurent dans des comptes bancaires. Ces sommes d'argent oisives pourraient servir à financer des micro projets au niveau local, en collaboration avec les populations autochtones suivant l'intérêt économique (pêche, agriculture et maraîchage, commerce, artisanat, etc), leur donnant ainsi les moyens d'avoir des revenus et accéder économiquement aux soins d'une part, et rapporter des gains multiformes et additionnels aux structures. Le nombre de cas sociaux (les indigents) à la charge des structures se verra réduit car ces derniers pourront s'autoprendre en charge et participeront à l'effort de santé.

En définitive, il faudra que les utilisateurs des établissements sanitaires soient disposés à payer pour une amélioration de la qualité. La qualité des soins est un élément concurrentiel entre le secteur public et le secteur privé. Une bonne partie des excédents des recettes par rapport aux dépenses doit être réinvestie localement pour une amélioration de la qualité, donc au niveau des postes et centres de santé qui ont permis la génération des recettes.

En dépit de tout, l'intervention de l'Etat est indispensable en termes d'apport financier à l'endroit des structures sanitaires de base. D'une manière générale, la part du

budget de la santé doit poursuivre sa tendance croissante pour soutenir l'action des populations dans la prise en charge de leur propre état de santé.

Il est du devoir de l'Etat de contrôler les marges appliquées sur les médicaments au niveau des dépôts des districts, des centres et des postes de santé publique pour une meilleure utilisation des services sanitaires de base.

Une autre préoccupation de l'Etat doit consister à augmenter le nombre de structures de santé primaire, de rendre ces derniers encore plus proches des populations pour une plus grande accessibilité géographique d'une part et pour parvenir à des taux de couverture jugés normaux par l'OMS. Ces taux sont de un (1) centre de santé pour 50000 habitants et un (1) poste de santé pour 10000 habitants alors qu'en moyenne, ces taux au Sénégal sont de un (1) centre pour 100000 habitants et de un (1) poste pour 11000 habitants.

Ce présent travail présente quelques limites portant sur la petitesse de la taille et les composantes de l'échantillon et aussi le fait qu'il concerne uniquement des femmes en âge de procréer en milieu périurbain. Cause pour laquelle des études devront être ultérieurement menées avec une extension dans le milieu rural et au niveau national pour une évaluation qualitative complète de la tarification des soins. Les effets de cette dernière peuvent différer selon qu'il s'agisse d'un milieu urbain ou rural, de populations aisées ou démunies et à risque.

La tarification des soins de santé primaires a connu bien des succès au plan de la mobilisation des ressources financières et de la disponibilité des soins médicaux au niveau des structures sanitaires de base. Elle a ainsi permis un meilleur accès aux soins à des personnes capables et disposées à payer sinon une exemption est faite au bénéfice des indigents. L'expérience d'une telle stratégie de recouvrement des coûts mérite d'être poursuivie au niveau des hôpitaux régionaux où les pauvres éprouvent les plus grandes difficultés à les utiliser. Cependant, il se pose le problème de l'identification des pauvres ou des indigents en ce sens qu' il serait intéressant de mener des études concernant l'accès de ces indigents aux hôpitaux régionaux.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAL René et TOURE Bocar, ((1996): *Le financement du secteur de la santé au Sénégal*. Rapport phase II et rapport intérimaire.

AMBASSADE DE BELGIQUE, Dakar, (1990): *Enquête préparatoire à la définition d'une stratégie de financement du secteur de la santé: évolution des ressources au niveau des services participant à l'effort de santé*.

BANQUE MONDIALE, (1987): *Le financement des services de santé dans les pays en développement: un programme de réformes*.

BANQUE MONDIALE, (1993): *Rapport sur le développement dans le monde*.

GREEN Andrew, (1992): *An introduction to health planning in developing countries*. Oxford University Press.

GUJARATI Damodar N: *Basic Econométrie*. 3ème édition McGraw-Hill, Inc.

KARSTEN Siegfried G, (1995): *Les soins médicaux: bien privé ou bien public*. The Journal of economics and sociology, Problèmes économiques n° 2442.

LABOURDETTE André, (1994): *Economie de la santé*. Presse Universitaire Française.

MSAS, (1996): *Le financement des postes de santé au Sénégal*.

PHELPS Charles E: *Les fondements de l'économie de la santé*. Nouveau Horizon.

PICARD Pierre, (1994): *Eléments de micro-économie. Théorie et application*. 4ème édition. Montchrétien.

RUSSELL Sharon S et REYNOLDS Jack, (1994): *Recherche opérationnelle: Financement communautaire*. PRICOR.

REPUBLIQUE DU SENEGAL, (1991): *Problèmes de financement des soins de santé*: Notes techniques.

SHAW Paul R et GRIFFIN Charles C, (1995): *Le financement des soins de santé en Afrique Sub - saharienne par la tarification des services et l'assurance*. Banque mondiale, Washington DC.

VAURS René, LITVAK Jennie et HUFFMAN Sabrina, (1992): *Problèmes liés au financement du secteur des soins de santé*. Banque Mondiale

WOUTERS Annemarie, (1994): *Qualité des soins de santé et recouvrement des coûts en Afrique: Preuve du Niger et du Sénégal*. Etape 2 et 3: travail de terrain, résultat de recherche et recommandations. Projet de financement et de pérennisation des soins de santé (HFS). Document de recherche appliquée principale. Bethesda, ABT Associates Inc.

USAID, HFS: *22 questions sur le financement des soins de santé en Afrique*. Abs Associate, Inc.

Annexe1: Recettes issues de la tarification des soins primaires dans le Centre Roi Baudouin / District sanitaire de Guédiawaye en 1996. (En franc cfa)

Rubrique	Caisse tickets	Caisse médicaments	Banque	Total	Total des postes	Total district
Consult adultes	3249200			3249200		
Conslt enf malades	759100			759100		
Conslt enf saints						
Conslt prénatale	909600			909600		
Accouchements	9213000			9213000		
Médicaments		43303372		43303372		
Caisse solidarité						
Autres	16390750			16390750		
Versement bque						
Total Recettes	30521650	43303372		73825022	53709254	127534276

Sources: Doonées Centre de santé Roi Baudouin / District sanitaire de Guédiawaye

Annexe2: Recettes issues de la tarification des soins primaires dans le Centre Roi Baudouin / District sanitaire de Guédiawaye en 1997: (en franc cfa)

Rubrique	Caisse ticket	Caisse médicaments	Banque	Total	Total des postes S	Total district
Consult adultes	2376900			2376900		
Conslt enf malades	937300			937300		
Conslt enf saints	813000			813000		
Conslt prénatale	1379800			1379800		
Accouchements	10421500			10421500		
Médicaments		33755067		33755067		
Caise solidarité						
Autres	71284500			71284500		
Total Recettes	87213000	33755067		120968067	77499890	198467957

Sources: Données Centre de santé Roi Baudouin / District sanitaire de Guédiawaye.

Annexe3: Dépenses effectuées à partir des recettes de la tarification dans le Centre de santé
Roi Baudouin / District sanitaire de Guédiawaye en 1996: (en franc cfa)

Rubriques	Caisse tickets	Caisse médicaments	Banque	Total Centre	Total postes	TotalDistrict
Médicaments		43148818		43148818		
Outil de gestion	1457660			1457660		
Indmnités	10637000			10637000		
Achat gaz	323350			323350		
Elect/lamp/pétrol						
Frais/achat eau						
Carburant	1275269			1275269		
Maint locaux	1473680			1473680		
Maint frigos	6820			6820		
Maint véhic/moto	1479032			1479032		
Frais bancaires						
Investissement	2547795			2547795		
Autres	11535683			11535683		
Total Dépenses	30736289	43148818		73885107	7430719	81315826

Sources: Données Centre Roi Baudouin / District sanitaire de Guédiawaye.

Annexe 4: Dépenses effectuées à partir des recettes de la tarification dans le Centre de santé Roi Baudouin / District sanitaire de Guédiawaye en 1997: (en franc cfa).

Rubriques	Caisse tickets	Caisse médicaments	Banque	Total Centre	Total postes	Total District
Médicaments		57568100		57568100		
Outil de gestion	2003255			2003255		
Indemnités	17522022			17522022		
Achat gaz	4622952			4622952		
Restauration	4009417			4009417		
Produit entretien	1732644			1732644		
Carburant	2674762			2674762		
Maint locaux	12418752			12418752		
Entretien	839950			839950		
Maint véhic/moto	1091286			1091286		
Caisse solidarité	2240983			2240983		
Médica non remb		5225651		5225651		
Cas sociaux		1091024		1091024		
investissement	5751950	1268903		7020853		
Autres	6968096	1031005		7999101		
Total Dépenses	61876069	66184683		128060752	71412950	199473702

Sources: Données Centre de santé Roi Baudouin / District sanitaire de Guédiawaye.

Annexe 5:

Questionnaire d'enquête:

- bénéficiez-vous d'une gratuité des soins médicaux

oui non

- comment appréciez-vous le niveau de tarification

faible

abordable

élevé

trop élevé

- avez-vous un revenu, si oui

- êtes-vous capables de payer

oui non

- êtes-vous disposés à payer

oui non

- Combien de personnes sont à votre charge.

- comment en prenez-vous si vous êtes incapable de payer

emprunt tiers structure sanitaire (centre)

vente

abandon des soins

- combien estimez-vous votre revenu

journalier

mensuel

annuel

- sinon, combien payez-vous à peu près pour vous soigner

par mois

par an

- payez-vous l'impôt

oui combien

non

- à combien estimez-vous les autres dépenses:

consommation éducation autres

- si vous n'avez pas de revenu qui vous prend en charge

un parent la structure sanitaire (centre)

- êtes-vous éloignés du centre ou du poste de santé

oui non à quelle distance

- quel est le coût du déplacement

- l'accès aux soins est-il facile; oui non

- comment trouvez-vous la qualité des soins que vous recevez

bonne moyenne mauvaise

- avez-vous fréquenté l'école

oui

quel niveau d'étude avez-vous

alph / prim / sec 1 / sec 2.

non

- pensez-vous que la tarification est équitable par rapport à votre revenu;

oui non

GLOSSAIRE

Agent de santé communautaire: membre indigent de la communauté fournissant les soins de santé de base, préventifs et curatifs, aux membres de la communauté.

Services sanitaires de base: ils comprennent des vaccinations, la prestation des soins prénatals et d'accouchement, la planification familiale, ainsi que les soins curatifs pour les maladies sexuellement transmissibles et les maladies courantes des enfants et adultes.

Structure: ensemble des fonctions et des relations qui définissent formellement et à un moment donnée le mode de spécialisation des tâches et le mode de coordination entre les tâches.

Communauté: groupe d'individus partageant une organisation ou des intérêts communs, ou vivant aux mêmes endroits avec les mêmes lois.

Participation communautaire: participation des membres de la communauté à la planification ou à la mise en oeuvre des activités de la communauté.

Soins de santé primaires: Stratégie destinée à rendre universellement accessible à la population mondiale les services sanitaires de base.

Le médicament essentiel: c'est un médicament qui a une valeur thérapeutique significative, un niveau acceptable de sécurité et qualité satisfaisante pour son prix.

Ordinogramme: c'est un arbre de décision permettant aux agent de santé face à une situation de prendre le plus rapidement possible une décision thérapeutique ou de transfert, avec le minimum de risque d'erreur.

NORD



LEGENDE

- MAT. MATERNITE
- P.S. POSTE DE SANTE
- C.S. CENTRE DE SANTE
- I.P.S. INSTITUT DE PEDIATRIE SOCIALE

- ROUTES GOUDRONNEES
- - - LIMITES DES QUARTIERS

