

«Analyse de la situation et la réforme de l'allocation des ressources dans le secteur de la santé»

Sommaire

TITRE	PAGE
I. Cadre de l'étude	10
I.1. Rappel des objectifs des TDR	10
I.2. Contexte	11
I.3. Justification	13
I.4. Présentation du Sénégal	16
I.5. Aspects économiques	19
I.6. Données sanitaires	19
2. Méthodologie	21
2.1. Procédures	22
2.1.1. Revue documentaire	22
2.1.2. Sélection des informateurs clés, profil des témoins privilégiés	23
2.1.3. Sélection des informateurs clés, profil des détenteurs d'enjeux	24
2.2. Collecte de l'information	24
2.2.1. Processus	24
2.2.2. Outils de collecte des données	27
2.2.3. Enquête pilote	29
2.2.4. Saisie et traitement des données	29
2.2.5. Limites par rapport au nouveau découpage administratif	31
3. Situation du financement de la santé	32
3.1. Analyse institutionnelle	32
3.1.1. Procédures et votes des budgets	34
3.1.2. Part du budget de la santé dans le budget national	35
3.1.3. Niveau de couverture des besoins du secteur	36
3.1.4. Limites de la méthode d'allocation des budgets	38
3.3. L'analyse du cadre réglementaire et législatif d'élaboration du budget	38
3.3.1. Environnement juridique, cadre réglementaire	38
3.3.2. Cycle de planification	39
3.3.3. Textes et procédures à la base de l'actuel principe de détermination des critères	42

3.4. Les mécanismes d'arbitrage : arbitrage national	43
3.5. Arbitrage intra-sectoriel	44
3.5.1. Mobilisation des ressources publiques	46
3.5.2. Les marges de manoeuvre au sein des grands arbitrages de politique	46
3.5.3. Les marges de manoeuvre dans la gestion des flux de patients	46
4. Analyse SWOT du financement de la santé	48
4.1. Forces	48
4.2. Faiblesses	52
4.3. Opportunités	54
4.4. Menaces	56
5. Les perspectives de réformes des critères d'allocation des ressources	58
5.1 Les critères géographiques et socio-démographiques	59
5.1.1. Les infrastructures sanitaires de base	60
5.1.2. Les critères démographiques	61
5.1.3. Les critères de pauvreté	67
5.2. La mesure des inégalités de santé	70
5.3. La subvention à l'activité des hôpitaux	74
5.4. Mode de calcul du score pour l'allocation des ressources	77
6. Analyse de l'opinion des différentes parties prenantes	82
6.1. Caractéristiques des personnes enquêtées	82
6.2. Analyse des besoins de santé	88
6.3 Les différents besoins de soins	89
7. Préalables aux réformes des critères d'allocation	92
7.1. Périmètre	92
7.2. Définition et schéma de principe	93
7.3. Finalités de l'étude	94
7.4. Budget et stratégie	104
7.4.1. Budget comme outil de déclinaison et d'aménagement des stratégies	104
7.4.2. Moyens pour transcrire les stratégies dans le budget de façon efficace	105
7.4.3. Budget comme outil de déclinaison et d'aménagement des stratégies	106
7.4.4. Prise en compte des variations potentielles de l'environnement dans le budget	107
7.4.5. Adaptation du processus budgétaire à la stratégie du secteur et des unités opérationnelles	107
7.5 Utilisation du budget	108
Analyse de l'allocation des ressources de la santé	

	109
7.5.1. Gestion de la performance	109
7.5.2. Pilotage des risques	109
7.5.3. Responsabilités et décisions	110
7.5.4. Motivation des ressources humaines	111
7.5.5. Amélioration de la lecture de l'activité	111
7.5.6. Périodicité du découpage	112
7.5.7. Lien entre budget et consolidation statutaire	113
7.5.8. Actualisation du budget	113
7.5.9. Support de communication et benchmarking	115
8. Contrôle du service public de santé	115
8.1 Définition des responsabilités	117
8.2. Limites de l'application du schéma	118
8.3. L'évaluation au service de la réalisation du pacte social de la santé	119
8.4. Le financement basé sur les résultats	124
Bibliographie	

Index des figures

TITRES	PAGE
	41
Figure 1 : Cadre de planification du PNDS	58
Figure 2: Financement du système de santé par niveau	61
Figure 3 : Distribution par région des formations sanitaires de base	63
Figure 4 : Densités régionales	64
Figure 5 : Pyramide des âges de la population du Sénégal	65
Figure 6 : Alignement dotations du budget par région et poids démographique	66
Figure 7 : Alignement du fonds de dotation par région et poids démographique	67
Figure 8 : Poids démographique des régions du Sénégal	68
Figure 9 : Distribution de la pauvreté par région du Sénégal	70
Figure 10 : Contribution à la pauvreté des région du Sénégal	74
Figure 11 : Répartition des EPS-II par niveau	84
Figure 12 : Profil des informateurs clés	85
Figure 13 : Ecart entre le budget reçu par niveau et les besoins exprimés	87
Figure 14 : Fréquence des critères d'allocation proposés par les informateurs	93
Figure 15 : Modélisation du processus budgétaire	94
Figure 16 : Schéma de principe du processus budgétaire	116
Figure 17 : Route longue et directe du contrôle du service de santé	120
Figure 18 : Principe du financement basé sur les résultats	

Index des tableaux

TITRE	PAGE
Tableau 1: Distribution de la population par région	17
Tableau 2: Indicateurs démographiques	18
Tableau 3: Répartition des structures sanitaires par régions administratives	20
Tableau 4: Disponibilité des indicateurs pertinents	22
Tableau 5 : Part du secteur de la santé dans le budget de l'Etat	35
Tableau 6 : PAP santé 2008-2010	37
Tableau 7 : Inventaire physique des structures de santé et des besoins évalués	60
Tableau 8 : Répartition de la population par région, selon le sexe et par milieu de résidence	63
Tableau 9 : Contribution des régions à la pauvreté au Sénégal	69
Tableau 10 : Clés de répartition du budget	79
Tableau 11 : Profils des informateurs clés	82
Tableau 12 : Profil des répondants et contribution respective aux questions de recherche	83
Tableau 13: Principales étapes dans l'élaboration du budget	94
Tableau 14 : Lettre de cadrage	98
Tableau 15 : Matrice budgétaire	98
Tableau 16 : Procédures de gestion	100
Tableau 17 : Moyens	101
Tableau 18 : Sorties	102
Tableau 19 : Indicateurs de performance	103
Tableau 20 : Budget comme outil de déclinaison et d'aménagement des stratégies	105
Tableau 21 : Moyens pour bien transcrire les stratégies dans le budget	105
Tableau 22 : Budget comme outil de déclinaison et d'aménagement des stratégies	106
Tableau 23 : Budget comme outil de déclinaison et d'aménagement des stratégies	107
Tableau 24 : Adaptation du processus budgétaire	108
Tableau 25 : Gestion de la performance	109
Tableau 26 : Pilotage des risques	109
Tableau 27 : Responsabilités et décisions	109

Tableau 28 : Motivation des ressources humaines	II0
Tableau 29 : Lecture de l'activité	III
Tableau 30 : Agenda	III
Tableau 31 : Budget et consolidation statutaire	II2
Tableau 32 : Actualisation du budget	II3
Tableau 33 : Communication et benchmarking	II3

Equipe de rédaction

Ce travail a été réalisé avec le soutien technique et financier de la taskforce de l'ILM (Ministerial Leadership Initiative) et de Result For Development,

- *Du Secrétariat Général du Ministère de la Santé, M. Moussa MBATE,*
- *Du Directeur du Cabinet du MSP, Dr Farba Lamine SALL*
- *De la Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS, Dr Mandiaye LOUME*
- *De la Cellule d'Appui au Financement (CAFSP), Dr Filyfing TOUNKARA & Dr Ndack WADJJI LY*
- *De l'USAID/ABT en la personne du Dr Mame Cor NDOUR,*

Sous l'égide du comité de rédaction :

Mbaye SENE

Amadou NGOM

Ibnou Khadim DIAW

Anna Mane SENGHOR

et

Yaye Fatou KEBE

Khassoum TOURE

Ndèye Maye DIOUF

Adja Margerite THIAM

Remerciements

Le Cabinet Digit Medic Afrique, Health Consultants adresse ses vifs remerciements à tout ceux qui ont participé au présent travail ayant permis de faire la situation et la réforme de l'allocation des ressources dans le secteur de la santé, et tout particulièrement :

- *Le Ministre d'Etat de l'Economie et des Finances, M. Abdoulaye DIOP et ses collaborateurs du Budget.*
- *Le Secrétariat Général du Ministère de la santé et de la prévention, M. Moussa MBAYE*
- *Le Directeur du Cabinet du Ministre de la Santé et de la Prévention, Dr Farba Lamine SALL*
- *Le Conseiller Technique du MSP en charges des Régions médicales, Dr Malick SARR*
- *Mlle Alison ION, Results For Development, USA*
- *Dr Aboubackry FALL, Direction de la prévention Médicale, MSP*
- *Dr Balla Mbacké MBOUP, Directeur des Etablissements de santé*
- *M. Saliou DIALLO, Directeur du CHU de Fann.*
- *Dr Pape Birame NDIAYE, Directeur de la PNA*
- *Cl. Babacar NGOM, Directeur HOGGY*
- *Dr Luc DIONOU, Directeur de l'Hôpital Albert Royer, Fann.*
- *Mme Diodo Ndiaye CAMARA, du Programme National de lutte contre la Tuberculose*
- *Pr Amadou Coura NDAO, Directeur du CNAO*
- *M. Ousmane Seck DAM, Hôpital de Pikine*
- *M. Max Canon NDIOUR, Hôpital Psychiatrique de Thiaroye*
- *Cl. Philippe CHEMIN, Hôpital Principal de Dakar*
- *Cl. Cheikh Samba NDIAYE, Service National de l'Hygiène*
- *Dr Fatoumata DIAWARA, Projet Santé, Lux-Dev à Saint-Louis*
- *Dr Oumar SARR, Projet ASSRMKF/CTB*
- *H. Député Astou Kane SALL, Commission santé de l'Assemblée Nationale*

- *H. Député El Hadji Malick DIOP, Association des Maires du Sénégal*
- *M. Samba Laobé DIENG, Conseil régional de Dakar*
- *M. Ababacar BOYE, Responsable planification du PNDL*
- *M. Atoumane Elkeky AGNE, Responsable suivi -évaluation du PNDL*
- *Mme Khadidiatou DIENG, Coordonnatrice de la CLM*
- *M. Abdoulaye KA, Responsable du suivi des opérations CLM*
- *Et tous ceux que nous ne pouvons citer, par oubli ou par ignorance...*

Le cabinet Digit Medic Afrique remercie également ceux qui, éclairés par ce travail, voudront y donner une suite et permettre de réaliser cette belle ambition : satisfaire les besoins de santé des populations pour chaque franc investi...

I. Cadre de l'étude

I.1 Rappel des objectifs des TDR

Objectif général de l'étude était de fournir aux parties prenantes de la gestion stratégique du secteur de la santé une base d'information pour soutenir les débats de politique portant sur la réforme des mécanismes d'allocation des ressources dans le secteur de la santé.

Dans cette perspective, l'étude visait les **objectifs spécifiques** ci-après :

- ▶ Analyser la situation de l'allocation des ressources au sein du MSP ;
- ▶ Identifier les avantages et les inconvénients des expériences de mécanismes alternatifs d'allocation de ressources au niveau du secteur de la santé ;
- ▶ Identifier les options préliminaires de réformes des mécanismes d'allocation des ressources publiques dans le secteur de la santé ;
- ▶ Analyser les positions des différentes parties prenantes de la gestion stratégique du secteur de la santé relativement aux options préliminaires de réformes identifiées.

1.2 Contexte

Dans un contexte international défavorable, le Sénégal est confronté à d'importantes tensions budgétaires qui exacerbent naturellement le climat social et l'exclusion des plus fragiles et cette situation accentue la concurrence entre les différents départements ministériels. L'heure est donc, plus que jamais à la bonne gouvernance et c'est au travers de la réforme des critères d'allocations que le ministère de la santé se placera en situation de défendre son budget par rapport aux autres secteurs, en optimisant ses ressources dans les meilleures conditions et renforcera son pouvoir d'attraction sur les partenaires techniques et financiers.

Les enjeux de santé publique, pour le Sénégal, comme pour l'ensemble des nations responsables représentent une absolue priorité pour les pouvoirs publics, d'autant que concernant notre pays, le principe de la garantie de bonne santé des populations s'inscrit dans le cadre constitutionnel.

En accord avec les principales initiatives internationales comme les objectifs de développement pour le millénaire, nos dirigeants ont multiplié les efforts budgétaires et financiers pour maintenir et améliorer notre système de santé publique à travers de différents plans à moyens termes (PNDS¹, DRSP², SCA³, ...).

Depuis la mise en place d'une politique de décentralisation principalement au bénéfice des collectivités territoriales, notre système de santé publique est soutenu par des contributions émanant de toutes les strates socio-économiques du pays :

- l'Etat qui apporte encore la part contributive la plus importante ;
- les collectivités locales dont la participation se traduit par l'apport d'une part non négligeable de leurs propres budgets ;
- et les ménages dont la contribution ne cesse d'augmenter depuis plusieurs années⁴.

¹ Plan national de développement sanitaire

² Document stratégique de réduction de la pauvreté

³ Stratégie de la croissance accélérée

⁴ Cf. Comptes nationaux de la santé
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

En appui à ces apports souverains, les financements accordés par les partenaires bilatéraux et multilatéraux impliqués dans le domaine de la santé représentent une part importante et indispensable des budgets nécessaires au maintien d'un système de santé performant.

En dépit des efforts consentis, l'analyse des différentes études réalisées⁵ et des indicateurs ne révèle pas une amélioration significative du système de santé dans son ensemble. Ce manque de performance est la résultante de la convergence de nombreux facteurs internes et exogènes au secteur de la santé publique, et en particulier un contexte économique international tendu.

L'objet de la présente étude n'est pas de recenser ni d'étudier l'ensemble de ces paramètres, mais de se concentrer sur une analyse précise et exhaustive des critères d'attribution des allocations budgétaires injectées dans le secteur de la santé et de déterminer leurs comportements et leurs influences sur l'efficacité et le niveau de performance du système auprès des acteurs

En un mot, il nous faut contrôler la pertinence et la réelle utilité du franc investi et identifier les pistes d'amélioration potentielles et les schémas capables de permettre l'optimisation des ressources.

⁵ Revue documentaire
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

1.3 Justification

Une étape fondamentale de cette démarche a été l'analyse des mécanismes actuels de financement du secteur, préalable à une éventuelle recomposition des principes d'allocation des ressources publiques. Cette étude vise à contribuer à la définition d'une nouvelle politique d'attribution des fonds publics en fonction de critères et de justifications objectives intégrant dans la mesure du possible, les paramètres ci-après :

- la hiérarchie des priorités du secteur ;
- les disparités géographiques et démographiques ;
- l'évolution de la pyramide des âges (vieillesse de la population, augmentation de l'espérance de vie) ;
- l'adéquation investissement/efficience ;
- La politique d'aménagement du territoire et décentralisation ;
- l'équilibre des partenariats intra-communautaires ;
- l'égalité relative du citoyen face à son système de santé ;
- la responsabilisation des acteurs du secteur aux différents niveaux ;
- etc.

Améliorer l'efficacité de la dépense publique et optimiser le *« franc investi »*, telle est la volonté du ministère de la santé et la justification de la présente mission si bien que, réadapter la méthode de mise à disposition des fonds, en fonction de la réalité du terrain et en fonction d'objectifs précis et réévalués, représenteraient les prémices d'une réforme efficace et équitable acceptée par l'ensemble des acteurs.

Parfaire la gouvernance du secteur, hiérarchiser les priorités, éviter les disparités et gommer les inégalités apparentes du système de santé national sont autant de paramètres cruciaux à identifier pour permettre une réflexion sereine, pour la définition d'une réforme répondant à une volonté politique volontaire, légitime et souveraine.

En effet, depuis trop longtemps les mécanismes d'attribution et de ventilation des allocations budgétaires sont fondés sur une « *vision historique* » du système de santé qui perpétue un modèle économique figé et souvent injuste. Cette systématique centralisée et répétée, a pour principale conséquence l'apparition et l'accentuation d'un décalage entre la répartition des ressources budgétaires et les besoins réels et objectifs des formations sanitaires.

Cette situation, si elle devait perdurer, pourrait entraîner notre système de santé vers une véritable fracture sanitaire, au détriment des populations les plus défavorisées.

Le manque de pertinence des critères d'allocation a une influence directe sur l'efficacité et le coût réel de notre système de santé dont :

- le déséquilibre de la carte sanitaire par hyper concentration des moyens sur les pôles d'attraction : Dakar et capitales régionales ;
- la désertification sanitaire des régions les plus éloignées : Matam, Tamba, Kolda ;
- La concentration des moyens et des ressources sur les structures hospitalières du niveau 3 ;
- l'éloignement croissant de certaines populations du dispositif de santé impliquant des phénomènes migratoires ;
- la multiplication des coûts connexes pour les ménages : déplacement, hébergement... ;
- la perte de confiance des populations dans leur système de santé ;
- la démotivation et la frustration des personnels de santé devant « l'injustice ressentie » ;
- etc.

Dans la dynamique de construction d'un système de santé plus juste et plus équitable, une large réforme du mode d'attribution des allocations budgétaires doit être envisagée à très courts termes. Cette réforme, pour produire des résultats probants doit s'articuler autour de concepts simples et assimilables par tous, quelle que soit leur position au sein de la pyramide de santé :

- adoucir l'omniprésence de l'administration centrale dans la détermination et l'attribution des allocations (éloignement) ;
- accentuer l'effort de concertation entre les populations et les personnels de santé à tous les niveaux du dispositif : postes de santé, centres de santé, district, région pour se rapprocher des besoins réels des populations ;
- construire sur le plan national un système de critères fondés sur l'écoute des professionnels (valorisation) et la proximité avec les populations (adhésion) en gommant les effets pervers du «*système historique*» trop approximatif, voire injuste ;
- accompagner le processus de réforme, d'une campagne d'information et de sensibilisation (communication de type sociétal interactive et participative en adéquation avec les attentes des cibles directes ou indirectes) ;
- élaborer la stratégie de répartition et distribution des allocations budgétaires à partir de données objectives du terrain «feed-back», et en fonction des besoins de santé réels de la population.

En conclusion, le concept fondateur de cette réforme, s'articule autour de l'inversion du schéma de financement actuel de la pyramide sanitaire. En effet, c'est partir des besoins des populations que le nouveau système d'attribution des ressources doit être appréhendé, et l'administration centrale retrouvant son rôle initial d'arbitre, d'organisateur et de fédérateur.

1.4 Présentation du Sénégal

Le Sénégal est un pays soudano-sahélien situé à l'extrême Ouest du continent africain. Il couvre une superficie de **196 021 km²** et possède une grande ouverture sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de côtes où la majorité de la population est installée. Cette situation, exacerbée par l'héritage colonial pose avec acuité la problématique de l'aménagement efficient du territoire, qui se traduit par une avec une hyper-concentration des populations dans la région de Dakar, comme l'indique le tableau 1.

Le découpage administratif qui a connu des bouleversements récent, se caractérise par 14 régions subdivisées en 45 départements, 150 communes assimilées à une zone urbaine, 117 arrondissements et 353 communautés rurales.

Le Sénégal qui est un pays sahélien et à prédominance rurale ne dispose pas de beaucoup de ressources naturelles. Il figure parmi les pays les moins avancés (PMA) et éligible à l'initiative des pays pauvres très endettés (PPTE).

En 2006, 42,6% des ménages vivaient en dessous du seuil de la pauvreté contre 48,5% en 2001-2002 et 61% en 1994-1995. Ce pourcentage est encore élevé malgré une tendance à la baisse et les efforts soutenus pour lutter contre la pauvreté [1].

La population est estimée à 11 615 586 habitants en 2008 (*source* : carte sanitaire 2008) avec une densité moyenne de 60 habitants au Km². Elle est inégalement répartie avec Dakar où vivent 23% de la population générale et 7% de la population urbaine sur 0,3% du territoire national alors que Tambacounda qui est la région la plus vaste du pays abrite environ 5% de la population avec une densité de 14 habitants au Km² [2].

Tableau 1 : Distribution de la population par région

REGION	POPULATION		DENSITE
	Total	%	
Dakar	2 622 408	23%	4 776
Diourbel	1 319 308	11%	269
Fatick	627 804	5%	87
Kaffrine	492 685	4%	44
Kaolack	757 743	7%	154
Kédougou	118 921	1%	7
Kolda	553 708	5%	40
Louga	777 085	7%	31
Matam	533 385	5%	18
Saint-Louis	837 583	7%	44
Sédhiou	418 278	4%	57
Tambacounda	610 550	5%	14
Thiès	1 471 754	13%	221
Ziguinchor	474 374	4%	65
Total	11 615 586	100%	5827

La structure par âge représente les caractéristiques d'une population très jeune que le tableau n°2 illustre bien. Les moins de 20 ans représentent plus de 54% de la population, alors que les plus de 65 ans comptent pour moins de 4%. Des études ont montré que 42,2% de la population étaient âgées de moins de 15 ans ce qui traduit un taux de dépendance démographique assez élevé (46%). C'est le rapport entre la population de moins de 15 ans, plus les personnes âgées et la population de 15 à 64 ans (85 individus potentiellement inactifs sont à la charge de 100 adultes) [3].

Tableau 2 : Indicateurs démographiques⁶

Population en 2008	11 615 568
Répartition par âge	
▪ Moins de 20 ans	54%
▪ De 24 à 64 ans	42%
▪ 65 ans et plus	4%
Espérance de vie à la naissance	59,25 ans
Hommes	57,70 ans
Femmes	60,85 ans
Mortalité infantile (pour 1 000 naissances)	61
Mortalité néonatale (pour 1 000)	35
Mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	510
Taux brut de mortalité (pour 1 000)	9,42
Taux brut de natalité (pour 1 000)	32,78
Indice synthétique de fécondité	5,3

La population est dominée par les femmes avec 51,9% soit 6 028 480 individus pour 5 587 088 hommes soit 48,1% de la population totale. Le tableau n° 2 montre un indice Synthétique de Fécondité (ISF) qui est en moyenne de 5,3 enfants par femme avec une certaine disparité liée au milieu de résidence : 4,1 pour une femme urbaine et 6,4 pour une femme rurale. L'accroissement moyen de la population est estimé à 2,3% par an en 2006, ce qui est caractéristique d'une fécondité encore élevée. Le taux de natalité est de 32,78 pour mille contre 9,42 pour mille pour la mortalité ; l'espérance de vie est en moyenne de 59,25 ans soit 57,70 ans pour les hommes et 60,85 ans pour les femmes [3].

La forte corrélation entre l'alphabétisation et le niveau d'urbanisation met en évidence les disparités entre les régions du Sénégal. Le taux d'alphabétisation des adultes de 15 ans et plus est estimé à 41,9%. L'analphabétisme est plus répandu parmi les femmes (62%) et en milieu rural (68,2%).

⁶ Données EDS-IV mises à jour
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

1.5 Aspects économiques

Le Sénégal est un pays sahélien à prédominance rurale et disposant de ressources naturelles limitées. Il occupe le 157^{ème} rang sur 175 pays pour ce qui est de l'indice de développement humain qui était de 0,458 en 2003 et avec un PIB par tête de 437 562 en 2006. Le déficit budgétaire s'élevait à 1,0% du PIB en 2005 contre 2,4% en 2004. La dette publique quant à elle a atteint 1270 milliards en 2007 soit 23,8% du Produit Intérieur Brut (PIB).

Le taux de croissance économique tournait autour de 4,8% dans la période 2003-2006 (DSRP-II⁷ Juin 2008). Elle est essentiellement générée par le secteur tertiaire (51,1%), le secteur secondaire (20,2%) et le secteur primaire (17,1).

La population en âge d'exercer une activité était composée en 2005 de 7 707 813 individus soit 70,9% de la population totale. Le niveau d'occupation était alors de 53,9%, soit 4 151 532 femmes et 45,4%, soit 3556 281 hommes.

1.6 Données sanitaires

Avec la mise en oeuvre de la politique de décentralisation en 1996, la santé a été dévolue aux collectivités locales par l'Etat qui a aussi réaffirmé son engagement pour le bien-être des populations dans le PNDS 2009-2018 et dans la constitution de 2001. Cet engagement s'est traduit par la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat en progression constante pour se rapprocher de la valeur cible de l'OMS qui se situe à 9%.

Les dépenses publiques de santé représentent en moyenne 5,3% du PIB sur la période 2001-2005 et le système de santé est essentiellement financé par l'Etat, les collectivités locales, la contribution directe des populations à l'effort de santé et les partenaires au développement.

⁷ Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté, n°2
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

La durée de vie augmente régulièrement, mais la population reste encore jeune. Le bilan de l'état de santé des Sénégalais apparaît contrasté d'un côté au regard de l'indicateur synthétique qu'est l'espérance de vie comparée aux pays développés.

D'un autre côté, le bilan révèle des fragilités, notamment pour ce qui concerne la couverture vaccinale, la mortalité maternelle et infanto juvénile. Par ailleurs, les inégalités sociales et géographiques restent fortes et tous les indicateurs généraux de la mortalité mettent en évidence une surmortalité dans les régions périphériques et sur l'axe vertical allant de Saint-Louis à Ziguinchor.

Toutefois, la mise en œuvre du PNDS⁸ a permis de les améliorer significativement. La couverture CPN⁹ est passée de 44% en 1996 à 84% en 2006 – Les accouchements assistés sont passés de 38% en 2000 à 59% en 2006 et 62,5% en 2007 – La couverture vaccinale DTC₃ ou PENTA₃ chez les enfants de 0-11 mois est passée de 41% en 2000 à 89% en 2006 et 94% en 2007 – la mortalité infantile passe de 68‰ en 1997 à 61‰ [4].

Tableau 3 : Répartition des structures de santé par région administrative, *Source carte sanitaire*

Région	Pop.	Districts	EPS ₃	EPS ₂	CSR	CS	PS 1	PS 2	Mater.
Dakar	2 622 408	8	8	1	4	15	35	74	8
Diourbel	1 319 308	4	1	1	1	3	62	10	0
Fatick	627 804	6	0	1	3	3	62	14	0
Kaffrine	492 685	4	0	0	2	1	38	2	0
Kaolack	757 743	4	0	1	1	3	48	16	0
Kédougou	118 921	3		0	1	1	12	6	1
Kolda	553 708	3	0	1	0	2	33	9	0
Louga	777 085	5	0	1	2	3	63	5	0
Matam	533 385	3	0	1	0	3	44	22	0
Saint-Louis	837 583	5	0	2	1	4	60	35	0
Sédhiou	418 278	3	0	0	1	1	39	1	0
Tambacounda	610 550	7	0	1	2	5	29	31	0
Thiès	1 471 754	9	0	1	3	6	106	20	2
Ziguinchor	474 374	5	0	2	3	2	81	14	118
Total	11 615 586	69	9	14	18	36	712	259	129

⁸ Plan National de Développement Sanitaire

⁹ Consultation Pré-Natale

Analyse de l'allocation des ressources de la santé

2. Méthodologie

La mission d'évaluation de la situation et la réforme de l'allocation des ressources dans le secteur la santé est sous-tendue par une méthodologie ouverte et élaborée, qui met de notre côté, toutes les possibilités pour déboucher sur un résultat exhaustif et en parfaite adéquation avec les réalités du terrain. Nous avons mené une recherche qualitative qui a consisté d'une part à réaliser une analyse documentaire de la littérature disponible sur les politiques budgétaires, et d'autre part des entretiens approfondis avec deux groupes d'informateurs clés (les témoins privilégiés et les détenteurs d'enjeux). Une analyse des politiques budgétaires du secteur est faite et sur la période allant de 2006 à 2008 et les priorités sont avancées et exécutées pour une meilleure objectivité dans les conclusions de l'étude.

L'analyse documentaire a fourni dans l'ensemble, les informations sur l'origine, les actions majeures accomplies, les effets observés, les leçons apprises et les décisions importantes prises concernant les mécanismes d'allocation des ressources du secteur de la santé. Elle a permis d'identifier des personnes qui ont acquis des compétences pour avoir été associées à la mise en oeuvre des politiques budgétaires du secteur.

Les entrevues avec les informateurs clés ont servi à recouper et à approfondir les informations tirées de l'analyse documentaire.

Les récurrences objectives ont permis d'isoler la contribution apportée par les différentes réformes budgétaires, et au développement des capacités des ressources humaines responsables de l'administration du système de santé.

L'utilisation des détenteurs d'enjeux a permis d'explorer le processus décisionnel, dans le choix des différentes politiques budgétaires et surtout des mécanismes d'arbitrage intra-sectoriel.

2.1 Procédures

2.1.1 Revue documentaire

La recherche des documents rapportant des informations sur les mécanismes d'allocation et de politiques budgétaires du secteur devait être exhaustive. Tous les textes de loi, décrets, les décisions et arrêtés ministériels, les notes techniques, les rapports, les documents de projets, les protocoles d'accord, les courriers importants relatifs à l'allocation des ressources ou aux politiques budgétaires ont été recherchés.

Les archives du Ministère de la santé et services affiliés, du Secrétariat Général du Gouvernement, du Conseil des ministres ont été ciblées. Les bibliothèques de l'UCAD¹⁰, de l'HAS¹¹, de l'école de santé publique d'Harvard Boston M.A, le *Lancet* et les bibliothèques virtuelles francophones ont été sollicitées pour une bonne capitalisation des expériences.

Enfin, nos bases de connaissances et les archives personnelles de différentes personnes ressources ont été mises à contribution pour davantage cerner la question.

Tableau 4 : Disponibilité des indicateurs pertinents

INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES	DISPONIBILITÉ
- Données démographiques - Population : estimations et projections - Taux de natalité, de fécondité - Espérance de vie - Distribution géographique des formations sanitaires	- RGPH - EDS IV - EDS IV - EDS IV - Carte sanitaire 2008	- Oui - Oui - Oui - Oui - Oui
Données sociales	- ESAM II - EDS IV - DSRP-2	Oui
Données sanitaires : Mortalité Mortalité générale, Indice comparatif de mortalité, Mortalité prématurée, Causes de mortalité, années potentielles de vie perdues	- ANDS - EDS IV - Annuaire statistiques - Monitoring SSP et Secondaire	- Oui - Non - Incomplet - Incomplet
Données sanitaires : Morbidité exprimée et satisfaite Répartition des séjours hospitaliers selon la pathologie	- Annuaire statistiques - Registres hospitalisation	- Incomplet ?

¹⁰ Université Cheikh Anta Diop de Dakar

¹¹ Haute Autorité de la Santé
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES	DISPONIBILITÉ
- Données sanitaires : morbidité diagnostiquée - Références et contre-références - Déclaration accidents de travail et maladies professionnelles - Maladies à déclaration obligatoire - Etat de santé enfants de moins de 2 ans - Registres exhaustifs par pathologie	- Annuaire statistiques - Registres hospitalisation - SIH	- Incomplet ? - Non
- Données sanitaires : morbidité ressentie - Santé perçue, morbidité déclarée renoncement à un recours aux soins	- EDS IV - ESAM II - Enquêtes satisfaction	- Oui - Oui - Non

2.1.2. Sélection des informateurs clés, profil des témoins privilégiés

L'équipe de recherche a opté de retenir parmi les témoins privilégiés, les acteurs des cinq dernières années, qui ont initié, vécu, suivi ou subi les réformes budgétaires majeures du secteur. Cependant, pour des questions de disponibilité et d'agenda de mise en œuvre de l'étude, les profils ci-après ont été ciblés dans l'inventaire des informateurs clés, profil des témoins privilégiés :

- Directeur du Cabinet du Ministre de la Santé ;
- Secrétaire Général du Ministère de la Santé ;
- Coordonnateur de la CAS/PNDS¹², MSP ;
- Coordinatrice de la CAFSP¹³, MSP ;
- Directeur de l'Administration Générale et de l'Équipement, MSP ;
- Directeur de la Santé, MSP ;
- Directeur des Ressources Humaines, MSP ;
- Directeur des Établissements de Santé, MSP ;
- Directeur de la Prévention Médicale, MSP ;
- Directeur de la Pharmacie et des Laboratoires, MSP ;
- Conseiller technique en charge des régions médicales, MSP ;
- Médecin-chef du Service National de l'hygiène, MSP ;

¹² Cellule d'Appui et de Suivi du Programme National de Développement Sanitaire

¹³ Cellule d'Appui au Financement, Secrétariat Permanent
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

- Médecin-chef de la région médicale de Dakar ;
- Médecin-chef de la région médicale de Kaffrine ;
- Médecin-chef de la région médicale de Thiès ;
- Médecin-chef de la région médicale de Diourbel ;
- Médecin-chef de région de Tambacounda ;
- Médecin chef de région de Ziguinchor ;
- Médecin-chef du District Centre, Dakar ;
- Médecin-chef du District Sud, Dakar ;
- Médecin-chef du District de Guédiawaye ;
- Médecin-chef du District de Pikine ;
- Médecin-chef du District de Mboi ;
- Médecin-chef du District de Rufisque ;
- Médecin chef du District de Koumpentoum, Kaffrine ;
- Médecin-chef du district de Maka-Koulibantang, Tambacounda ;
- Médecin-chef du District de Ziguinchor ;
- Coordonnateur du PNT¹⁴ ;
- Coordonnateur du PNLP¹⁵ ;
- Directeur du CNTS¹⁶ ;
- Directeur du CHU Le Dantec ;
- Directeur de l'Hôpital Principal de Dakar ;
- Directeur HOGGY¹⁷ ;
- Directeur du CNAO¹⁸ ;

¹⁴ Programme National Tuberculose

¹⁵ Programme National de Lutte contre le Paludisme

¹⁶ Centre National de Transfusion Sanguine

¹⁷ Hôpital Général de Grand-Yoff

¹⁸ Centre National Orthopédie et d'Appareillage
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

- Directeur de la PNA¹⁹ ;
- Directeur du Centre Talibou Dabo ;
- Directeur de l'Hôpital de Pikine ;
- Directeur de l'Hôpital Albert Royer ;
- Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Thiaroye ;
- Directeur de l'Hôpital régional de Thiès ;
- Chef de la division de la santé de la reproduction, MSP²⁰ ;
- Médecin-chef de la région médicale de Dakar ;
- Médecin-chef du District sanitaire de Guédiawaye ;
- Coordination du CML²¹, Primature ;
- Coordination PNDL²², Primature ;
- Direction du budget, Ministère de l'Economie et des Finances ;
- Association des Maires du Sénégal ;
- Commission santé de l'Assemblée Nationale du Sénégal ;
- Primature du Sénégal ;
- Chef de file des partenaires techniques et financiers de la santé au Sénégal.

Tous les services affiliés du Ministère de la santé avaient été ciblés, mais au final nous n'avons pu administrer le questionnaire à une cinquantaine de témoins privilégiés sur les 75 initialement prévus.

¹⁹ Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

²⁰ Ministère de la Santé Publique

²¹ Cellule de Lutte contre la Malnutrition, Primature du Sénégal

²² Programme National de Développement Local, Primature
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

2.1.3 Sélection des informateurs clés, profil des détenteurs d'enjeux

Il a été difficile de décider qui est réellement détenteur d'enjeux dans le processus décisionnel des stratégies de pilotage du système de santé, et plus spécifiquement des politiques budgétaires. Il a été tout aussi difficile de préciser ce qui ou qui contribue de façon formelle ou informelle, implicite ou explicite au processus d'arbitrage budgétaire. Aussi, nous est-il apparu préférable de définir les profils basés sur la détention du pouvoir politique, exécutif, législatif et surtout financier. Une vingtaine de détenteurs d'enjeux ont été ainsi identifiés afin d'explorer leur rôle dans les décisions de politique de santé et d'architecture physique, humaine et matérielle des politiques budgétaires. Les profils ciblés dans l'inventaire des détenteurs d'enjeux ont été les suivantes :

- Exécutif (Primature) ;
- Législatif (Assemblée nationale) ;
- Collectivités locales ;
- Hauts fonctionnaires des Ministères des Finances, de la Décentralisation ;
- Universitaires ;
- Représentant des bailleurs de fonds du secteur de la santé.

2.2 Collecte de l'information

2.2.1. Processus

Le processus de collecte des données de terrain a entamé l'ordre de marche de la mission qui s'est déroulée sur une période de 12 semaines après validation technique des aspects méthodologiques et des supports de collecte, par la Taskforce du Ministère de la Santé le 17 juin 2009.

Le coordonnateur de la recherche, en collaboration avec le point Focal ILM, a soumis au Secrétariat Général du Ministère de la Santé les documents introductifs. Le premier document est une note technique qui a permis au Cabinet du ministre d'autoriser la présente étude, d'en apprécier la pertinence pour une meilleure répartition des ressources du secteur, et d'inviter les responsables

des structures sous la tutelle à prêter leurs concours pour le bon déroulement de la mission. Le deuxième document a été une lettre d'information à l'attention de ses collègues Ministres de l'Economie et des finances, et de l'Intérieur en charge des Collectivités locales. Munis de ces documents, les enquêteurs ont préparé des lettres de demande de rendez-vous et usé abondamment du téléphone et du courriel pour parvenir à leurs fins.

La recherche et la revue documentaire, les entretiens approfondis ont été menés par deux équipes en binôme (1 santé publique, 1 planificateur ou 1 économiste de la santé ou un 1 analyste financier). La coordination du travail d'enquête a été assurée par un analyste financier, chef de mission et sous le contrôle permanent de l'équipe de projet du Cabinet.

2.2.2. Outils de collecte des données

Une liste de documents à rechercher par composante a été, préparée. Cette liste comprenait les textes de loi, les décrets, les décisions et arrêtés ministériels, documents de politique budgétaire, les organigrammes, les notes techniques, les rapports d'activités, les rapports sur les mécanismes de suivi des différentes recommandations, les publications scientifiques, le cadre de dépenses sectorielles, les documents de projets, etc.

Une grille de lecture des documents a été élaborée par la mission, qui en plus de la genèse des réformes budgétaires, du CDSMT, des réalisations, des effets, des leçons apprises et des décisions prises, a permis d'apprécier la pertinence des réformes de politique budgétaire et d'identifier les axes d'amélioration.

Les outils de collectes ont été partagés et largement diffusés auprès de la Taskforce pour recueillir les avis et commentaires. Et quatre supports de collecte ont été développés dans le cadre de cette étude pour se rapprocher au plus près de l'information :

- Des supports de collecte des données comptables et budgétaires ;

- Un questionnaire individuel des informateurs clés : témoins privilégiés ;
- Un questionnaire individuel des informateurs clés : détenteurs d'enjeux.

➔ **La fiche d'interview individuelle des informateurs clefs : témoins privilégiés**

Elle a été administrée aux informateurs clefs, témoins privilégiés des réformes budgétaires majeures du secteur. En dehors des caractéristiques du témoin, les questions majeures posées visaient les buts ci-après :

- Contrôler et vérifier la qualité des informations tirées de la revue documentaire ;
- Approfondir l'analyse de la pertinence, des conditions de mise en oeuvre et de l'influence des réformes budgétaires ;
- Explorer les leçons apprises de la mise en oeuvre du CDSMT et des réformes antérieures et faire tirer les implications pour l'avenir, si quelque chose était à refaire.

➔ **La fiche d'interview individuelle des informateurs clefs : détenteurs d'enjeux**

Les détenteurs d'enjeux dans le processus d'arbitrage budgétaire et d'allocation des ressources du secteur ont été également entendus. La fiche a exploré l'influence de ces détenteurs d'enjeux dans les grandes décisions budgétaires, particulièrement le choix de l'allocation des ressources. Les détenteurs d'enjeu ont été aussi invités à donner leur avis éclairé sur les perspectives de réformes budgétaires du secteur de la santé, et sur les mécanismes de pilotage du cadre de performance.

➔ **Les supports de collecte des données comptables et budgétaires**

Les différents supports de collectes des données comptables et budgétaires ont permis d'apprécier le budget du secteur par niveau et son taux de mobilisation effective, pour d'une part quantifier les

ressources financières sur lesquelles le secteur peut compter, et d'autre part, apprécier par rapprochement, la ventilation des ressources financières par niveau durant la période objet de l'étude. Ces données, empiriques par occasion, ont permis d'avoir une vue transversale sur les ressources mobilisables par le secteur, sa ventilation par segment de la pyramide sanitaire et leur alignement aux priorités affichées. En outre, l'analyse a permis d'apprécier les grands équilibres budgétaires du secteur de la santé dans le contexte du CDSMT et surtout du niveau d'exécution du budget voté.

2.2.3. Enquête pilote

Le pré-test de l'étude a été mené par les deux chefs de mission sous la supervision de la coordinatrice de l'étude. La formation et la stabilisation des concepts ont été assurées par l'équipe de projet de la mission, notamment sur la formulation des questions et la stabilisation de certains concepts.

La collecte des données pour le pré-test s'est déroulée du 22 au 30 juin 2009 dans la région de Dakar et au sein du Ministère de la Santé. Ce fut une occasion intense qui a permis d'apprécier la cohérence des supports de collecte, avant leur administration à l'échelle. Le pré-test a aussi permis d'avoir une lecture des réactions, devant certaines questions, pour prendre les mesures correctives, notamment dans la sensibilisation sur les objectifs de l'étude et sur la formulation de certaines questions par les enquêteurs.

2.2.4 Saisie et traitement des données

Toute la revue documentaire a été tabulée, et les supports de collecte ont été saisis et traités sur les logiciels Sphinx Plus, Filemaker Pro v9 et Stata v8, par une équipe d'informaticiens expérimentés, sous la supervision étroite de l'équipe de projet. Pour rappel, tous les entretiens ont été réalisés avec le libre consentement des personnes rencontrées. Et toutes les données ont été restituées après anonymisation, pour protéger l'identité des répondants.

La méthode FRAMEWORK a été empruntée pour conduire l'analyse des données avec les étapes ci-après :

- La familiarisation avec les données à travers, différentes relectures ;
- L'identification des thèmes, concepts et questions majeures abordées et qui sont dans le cas d'espèce : (a) les mécanismes d'arbitrage, (b) les modalités d'allocations des ressources ;
- L'indexation au travers d'une lecture approfondie et croisée ;
- La représentation des données (source, thème, concept, question, information tirée) ;
- La triangulation et l'interprétation des résultats.

Dix pour cent (10%) des fiches saisies ont fait l'objet d'un contrôle pour quantifier les erreurs de saisie qui ne devraient pas être supérieur à 0,5% sur l'ensemble des rubriques. Et si tel était le cas, une double saisie est systématiquement envisagée sur l'ensemble des fiches concernées. À la suite de la saisie sur Sphinx Plus, les données dépouillées ont été éditées en vue de vérifier leur cohérence interne sur des algorithmes développés sur Filemaker Pro v9 avant d'être soumises à l'analyse statistique sous Stata v8.

Le principe méthodologique qui a sous-tendu l'étape de l'analyse statistique des données cueillies, repose sur une analyse principale unique des résultats, indispensable pour assurer la comparabilité des groupes et la validité des tests statistiques pour être en mesure de porter un jugement de causalité : interprétation d'une éventuelle différence entre les groupes comme due aux effets des outils comparés [11].

S'agissant des critères binaires, le *Test de Chi₂* est utilisé pour les effectifs supérieurs à 5 et le *Test de Fisher* pour comparer les proportions des faibles échantillons.

Toute l'interprétation des données a été conduite dans l'optique de vérifier les postulats. Ainsi, le plan général a consisté à objectiver des faits récurrents, à partir de la confrontation des données budgétaires tirées des différentes sources à notre disposition. Ensuite ces faits ont été validés, en les confrontant d'une part, avec les données de la Direction du Budget et d'autre part, avec les informations isolées ou contradictoires, recueillies durant le processus de collecte.

2.2.5 Limites par rapport au nouveau découpage administratif

Au-delà des bouleversements administratifs, à l'origine du nouveau découpage administratif du 31 décembre 2008 (décrets 2008-1495 et 2008-1496) [5], les statistiques démographiques accusent le coup avec beaucoup de contraintes sur l'exercice de planification sanitaire. En effet, faute de données projetées fiables sur la démographie de certaines régions, les simulations du budget devient un exercice périlleux. Toutefois, conscient de ces difficultés, le Gouvernement a pris les mesures idoines, en commanditant un nouveau recensement démographique national dans le courant de l'année 2010.

Cependant, l'absence de données démographiques fiables, ne doit pas être un prétexte pour continuer à allouer le budget sur une base historique. Dans cette dynamique, seule les entités administratives ayant subi un bouleversement sont considérées. D'ailleurs, les formations sanitaires disposent généralement de données démographiques en service, à partir desquelles une planification est possible, pour répartir rationnellement le budget dans la zone de responsabilité, en attendant les résultats du prochain recensement général de la population.

3. Situation actuelle du financement de la santé

La recherche documentaire qui a constitué une grande part de cette étude a permis d'asseoir la situation actuelle (état des lieux), et d'avoir une vue panoramique sur les mécanismes de financement de la santé de façon générale.

Peu de textes originaux ont été trouvés dans les centres de documentation rapportant la genèse de la mise en application des réformes budgétaires. Globalement, les documents examinés rendent peu compte de la raison d'être de ces réformes, de l'identité de ses concepteurs, des ressources mobilisées pour leur mise en oeuvre, des indicateurs d'impacts à court, moyen et long terme tant sur l'allocation des ressources que sur les performances intrinsèques du système de santé.

Elle a toutefois aidé, à mettre en place une base de connaissance dynamique sur les mécanismes de financement du système de santé qui a compris trois étapes :

- L'élaboration d'une base de connaissance dynamique sur le financement du secteur et sur l'utilisation des ressources mobilisées ;
- Une méta-analyse de la littérature sur les outils de péréquation et de répartition des ressources publiques ;
- L'analyse du cadre réglementaire et législatif d'élaboration du budget de la santé.

3.1 Analyse institutionnelle

Pour une bonne économie politique de la réussite des objectifs du Millénaire pour le Développement, il est crucial de dépasser la contradiction suivante : les objectifs du PNDS sont globalement partagés par les responsables du système de santé mais les choix de politiques sanitaires observés (y compris le choix de ne pas faire de choix) apparaissent insuffisamment cohérents, et parfois opposés, à ces mêmes objectifs. C'est le cas, par exemple, des priorités affichées sur l'objectif d'accès universel aux soins de santé primaire, alors que les ressources dédiées à ce segment de la pyramide ne représentent pas plus de 5% des ressources mobilisées par le secteur [6].

On ne peut comprendre ces contradictions sans reconnaître l'existence d'une contrainte institutionnelle et politique particulièrement forte : celle d'une difficulté à faire émerger l'intérêt général dans le processus de décision politique. Deux explications possibles à cette difficulté peuvent être avancées.

La première explication tient à l'inégale capacité, des différents utilisateurs des services de santé de base à faire entendre leurs voix. A ce titre, le groupe le plus défavorisé est incontestablement celui des populations défavorisées qui non seulement sont à l'extérieur du système de santé, (financièrement ou géographiquement) mais de plus, appartiennent aux groupes sociaux les moins à même de participer aux débats publics. Inversement, certains groupes d'acteurs ou de bénéficiaires du système de santé, en leur état focalisent le débat public, et orientent la prise de décision de manière disproportionnée.

La seconde explication apparaît liée au fonctionnement politico-administratif du système de santé, qui a tendance à privilégier une gestion horizontale des besoins de santé exprimés ou supposés de la population, plutôt que de hiérarchiser l'ensemble des besoins (exprimés ou non) pour servir les objectifs finaux du système [12]. Plusieurs exemples illustrent cet état de fait. Tout d'abord, sur le plan de l'organisation institutionnelle, lorsque le système de santé connaît une certaine instabilité, il apparaît difficile de faire prévaloir une régulation du secteur en l'absence d'une instance supérieure indépendante des contraintes organisationnelle, à l'image de la haute Autorité de la Santé en France. Ensuite, sur le plan du fonctionnement, la tendance est à une gestion au jour le jour, des intérêts catégoriels, plutôt qu'à un pilotage qui protège l'ensemble des usagers.

La question fondamentale est de savoir si l'on a affaire à un système : en effet une offre de santé qui n'est pas articulée à un objectif d'universalisation de l'accès aux soins de santé primaires et un objectif de qualité pour la satisfaction des besoins des usagers, rend moins évident pour le responsable politique, les arbitrages et régulations. Ces derniers ont en effet un coût, pour certains sous-secteurs ou acteurs, et si le bénéfice, au travers de l'existence du système ne compense pas ce coût,

la décision politique sera difficile dans le secteur de la santé plus qu'ailleurs et ce dernier sera immédiat et les bénéfices lointains [24].

Cette économie politique du système de santé permet de réduire la rationalité des acteurs, là même où l'inconséquence semblait prévaloir. Elle permet aussi de comprendre pourquoi le système de santé a tendance à évoluer à la marge, quand une modification en son coeur serait nécessaire. Pour passer du statu quo aux réformes décisives, il apparaît donc utile de remettre à plat les règles du jeu sanitaire : d'une part en associant aux décisions tous les acteurs de la communauté sanitaire et d'autre part, ***en faisant de l'état le garant d'un pacte clair de la santé*** [15].

3.1.1 Procédures et vote des budgets

Aux termes des arbitrages, le Ministre en charge des Finances élabore le projet de loi de finances au plus tard le 15 septembre de chaque année. Ce projet de loi des finances est adopté en Conseil des Ministres dans la seconde quinzaine du mois de septembre.

Le dépôt du projet de la loi de finances sur le bureau de l'Assemblée nationale par le Secrétaire Général du gouvernement, et le vote du projet de loi de finances par le Parlement a lieu entre les mois d'octobre, novembre et décembre.

La loi de finances est discutée d'abord en commissions techniques au niveau du parlement, avant son débat en plénière pour adoption.

Enfin, la loi de finances de l'année est promulguée et publiée au plus tard le 31 décembre. Toutefois, si en cours d'exercice des modifications s'imposent, alors, une loi de finances rectificative est votée pour prendre en charge, au point de vue juridique et réglementaire ces modifications.

3.1.2 Part du budget de la santé sur le budget national

Conformément aux engagements pris par les Chefs d'Etats africains à Abuja en 2000, la part du budget de chaque Etat devrait atteindre 15% en 2015 pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) [25].

Le présent chapitre détermine la part du budget du Ministère de la santé sur le budget national, pour les années 2007, 2008 et 2009. Et dans cette mission, on s'est limité aux crédits ordonnancés par le Ministère de la Santé et de la Prévention.

Tableau 5 : Part du secteur de la santé dans le budget de l'Etat

Rubriques	2007	2008	2009
Dépenses de personnel	21 773 000 000	28 553 822 620	29 191 061 580
Dépenses de fonctionnement	14 889 545 000	13 162 110 000	13 787 110 000
Dépenses de transfert	16 903 692 000	20 615 431 000	25 115 431 000
Dépenses en capital	24 694 000 000	14 132 689 827	24 186 500 000
Financement intérieur	11 177 000 000	3 829 689 827	9 442 500 000
Financement extérieur	13 517 000 000	10 303 000 000	14 744 000 000
Emprunt	6 514 000 000	3 326 000 000	6 928 000 000
Subvention	7 003 000 000	6 977 000 000	7 816 000 000
Transfert en capital	6 311 000 000	3 414 000 000	4 742 000 000
Dépenses sur ressources internes	71 054 237 000	69 575 053 447	82 278 102 580
Budget national sur ressources internes	1 291 285 847 835	1 301 504 116 218	1 516 800 000 000
Part santé sur budget national	5,5 %	5,3 %	5,4 %
PIB	4 403 900 000 000	4 513 400 000 000	4 652 500 000 000
% PIB	1,6 %	1,5 %	1,8 %

Source : SIGFIP

La part du secteur de la santé est calculée ici, en considérant le rapport entre les dépenses du secteur de la santé sur ressources internes, sur le budget national sur ressources internes.

Il faut souligner que cette part est en dessous des 10% souhaités comme l'illustre le tableau n°5. Il faut préciser que les dépenses de santé des autres départements ministériels et institutions n'ont pas été comptabilisées.

La part de la santé dans la richesse nationale est respectivement de 1,6 % en 2007, 1,5% en 2008 et 1,8% en 2009. Cette part est aussi calculée sur les dépenses ordonnancées par le Ministère de la Santé.

3.1.3 Niveau de couverture des besoins du secteur

Il peut être appréhendé à travers le DSRP 2 (2006-2010) à travers les PAP (Plan d'actions prioritaires). Le calcul des montants du PAP est fait sur la base des coûts des projets et programmes prioritaires identifiés. Le secteur de la santé étant un secteur du domaine des OMD, a ses programmes bien évalués notamment le PNDS. Par conséquent, le PAP a repris les montants contenus dans ce programme [25].

Les objectifs prioritaires concernant l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de soins ainsi que la promotion du contrôle citoyen des services de santé, accusent un gap négligeable par rapport aux autres objectifs comme l'illustre le tableau n°6.

Tableau 6 : PAP santé 2008-2010**Plan d'actions prioritaires de la santé (2008-2010) en millions de francs**

Objectifs prioritaires		2008	2009	2010	TOTAL
Axe 2: Accélération promotion de l'accès aux services sociaux de base					
Améliorer la qualité, l'accès et l'offre de services de santé	Montant DSRP	11 678	200	-	11 878
	PTIP	11 678	200	-	11 878
	Etat	9 000	-	-	9 000
	Bailleurs	2 678	200	-	2 878
	Gap	-	-	-	-
Promouvoir chez les populations des attitudes et des comportements de prévention des maladies	Montant DSRP	8 992	8 992	-	17 984
	PTIP	8 992	8 992	-	17 984
	Etat	300	300	-	600
	Bailleurs	8 692	8 692	-	17 384
	Gap	-	-	-	-
Améliorer la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA	Montant DSRP	10 830	9 130	8 430	28 390
	PTIP	5 330	5 330	3 930	14 590
	Etat	1 830	1 830	1 830	5 490
	Bailleurs	3 500	3 500	2 100	9 100
	Gap	5 500	3 800	4 500	13 800
Améliorer la prévention et la lutte contre le paludisme	Montant DSRP	4 000	4 440	5 120	13 560
	PTIP	4 000	4 440	5 120	13 560
	Etat	-	-	-	-
	Bailleurs	4 000	4 440	5 120	13 560
	Gap	-	-	-	-
Améliorer la santé maternelle et infantile	Montant DSRP	13 093	11 496	11 536	36 125
	PTIP	6 337	-	-	6 337
	Etat	1 200	-	-	1 200
	Bailleurs	5 167	-	-	5 167
	Gap	6 756	11 496	11 536	29 788
Améliorer la prise en charge des maladies non transmissibles et chroniques	Montant DSRP	2 640	2 640	2 640	7 920
	PTIP	-	-	-	-
	Etat	-	-	-	-
	Bailleurs	-	-	-	-
	Gap	2 640	2 640	2 640	7 920
Améliorer la situation nutritionnelle des enfants et des femmes	Montant DSRP	4 769	8 424	5 653	18 846
	PTIP	4 180	3 736	2 647	10 563
	Etat	1 379	2 162	2 162	5 703
	Bailleurs	2 801	1 574	485	4 860
	Gap	589	4 688	3 006	8 283
Promouvoir le contrôle citoyen des services sociaux et sanitaires	Montant DSRP	571	-	-	571
	PTIP	530	-	-	530
	Etat	530	-	-	530
	Bailleurs	-	-	-	-
	Gap	41	-	-	41

Source DSRP 2 (2006-2010)

3.1.4 Limites de la méthode d'allocation des budgets

Les limites de la méthode d'allocation des budgets se trouvent à un double niveaux : la non généralisation de la gestion axée sur les résultats et l'allocation des budgets sur une base historique des lignes budgétaires.

En effet, l'allocation des budgets n'obéit pas encore à des critères objectifs tels que la performance, la population de référence, la situation socio-économique, la zone géographique, le niveau de pauvreté, etc.

Par conséquent, des incohérences sont notées dans l'allocation des ressources sur toute la pyramide sanitaire. En effet, les structures hospitalières bénéficient de l'essentiel des ressources publiques 38% et 40% pour les centres de santé au moment où les postes de santé beaucoup plus accessibles aux populations et exsangues de moyens, reçoivent une part marginale des ressources (3%) [6].

Ces problèmes d'allocation des ressources et de leur alignement aux priorités nationales contribuent à aggraver la fracture entre segments de la pyramide sanitaire et même à l'intérieur d'un sous-secteur.

La conséquence est le fardeau des dépenses de santé qui pèse sur les ménages, à hauteur 39,5% [6].

3.3. L'analyse du cadre réglementaire et législatif d'élaboration du budget

3.3.1 Environnement juridique, cadre réglementaire

L'élaboration du budget est définie au niveau supranational à travers des directives de l'UEMOA. En effet, le Conseil des ministres de l'UEMOA a adopté en sa séance du 16 décembre 1997, la Directive n°05/97/CM/UEMOA relative aux lois des finances, modifiée par la Directive n°02/99/CM/UEMOA du 21 décembre 1999. Cette directive s'inscrit dans la réalisation des objectifs du Traité de l'UEMOA visant à harmoniser les législations et les procédures budgétaires nécessaires à l'exercice de la surveillance multilatérale de l'Union.

Au Sénégal l'internalisation de ces dispositions communautaires s'est faite à travers la loi 2001-09 du 15 octobre 2001 portant loi organique relative aux lois de finances, qui remplace et abroge la loi organique n°75-64 du 8 juin 1975 relative aux lois des finances, modifiée par les lois organiques n°91-24 du 30 mars 1991 et n°98-45 du 10 octobre 1998.

Par ailleurs, le décret n°1014/MEF du 30 janvier 2009 relatif à la préparation du budget de l'Etat a été pris pour compléter l'article 4 du décret n°2003-101 du 13 mars 2003 portant règlement général sur la comptabilité publique, en vue de combler le gap identifié par une évaluation de la performance du système de gestion des finances publiques réalisée en fin 2007, notamment les difficultés constatées dans la préparation du budget et la nécessité de la réglementer aux fins d'asseoir des méthodes générales plus systématiques pour les acteurs intervenant dans le processus.

La circulaire n°004567 MEF/DGF/DCEF du 30 avril 2009 relative à la préparation du projet de loi de finances pour l'année 2010 a été élaborée, dans le sens de l'atteinte des objectifs de développement déclinés dans les stratégies nationales et la poursuite des réformes budgétaires et financières (Cf. la lettre n°5795 MEF/DGF/DB/DB du 11 juin 2006 portant canevas de rédaction et de suivi/évaluation).

3.3.2 Cycle de planification

Le cycle de planification du budget de l'Etat débute en mars et se termine en décembre de chaque année. Les services compétents du ministère en charge des finances élaborent les documents suivants :

- ➡ le cadrage macro-économique et budgétaire qui est révisée au plus tard le 31 juillet ; il identifie les hypothèses de croissance et leurs implications sur les enveloppes globales et sectorielles de l'année en préparation ainsi que pour les deux années qui suivent. Le ministère en charge des finances transmet aux institutions

et ministères dépen- siers la lettre de cadrage et les enveloppes sectorielles indicatives et les priorités de programme de dépenses pour les ministères sous CDSMT ;

- ➡ l'esquisse budgétaire qui intègre les données sur l'exécution budgétaire des deux gestions précédentes et celles de la gestion en cours, et identifie pour les institutions et ministères sous CDSMT les résultats attendus de chaque programme ainsi que des indicateurs de ces résultats ;
- ➡ la note d'orientation économique et financière ;
- ➡ la circulaire budgétaire qui précise les conditions dans lesquelles doivent être présentées leurs propositions budgétaires, pour l'année financière à venir les invitant conformément aux orientations du Gouvernement d'établir leurs propositions de recettes et de dépenses pour l'année budgétaire suivante. Cette circulaire budgétaire a notamment pour objet, de fixer les normes et méthodes suivant lesquelles seront présentées les demandes concernant les dépenses ordinaires, et celles concernant les dépenses en capital, et de définir les documents justificatifs à fournir. En outre, elle invite chaque institution ou ministère à établir, à l'appui de ses propositions, une note synthétique faisant ressortir à la fois :
 - ▶ l'état de réalisation des deux budgets précédents et du budget en cours, ainsi que les difficultés rencontrées ;
 - ▶ l'orientation stratégique future envisagée pour le département ministériel intéressé et, par voie de conséquence, les activités auxquelles il est prévu de donner un caractère prioritaire et celles dont la réduction est envisagée ;
 - ▶ les incidences que les augmentations proposées de dépenses en capital auront éventuellement sur le budget de fonctionnement, évaluées de façon précise et dans les détails ;

- ➡ les institutions et ministères dépensiers impliquent les services déconcentrés dans le processus d'élaboration des propositions de budget, aux fins de prise en compte de leurs besoins ;
- ➡ les ministères et institutions sous CDSMT élaborent leur rapport de performance qui permet de mesurer annuellement, en fin d'exercice budgétaire, les progrès, performances ou contre performances obtenues au regard des indicateurs de performance, et de la mise en œuvre des programmes. Le rapport de performance permet de tirer les leçons des opérations mises en œuvre afin d'améliorer les politiques, les méthodes d'intervention et la planification des opérations ;
- ➡ l'organisation d'un débat d'orientation budgétaire avec le Parlement sur les hypothèses économiques et les grandes orientations budgétaires pour l'année à venir ainsi que sur les principales mesures du prochain budget ;
- ➡ les conférences budgétaires, durant lesquelles les rapports de performances des institutions ou des ministères sous CDSMT sont finalisés et occasion pour réviser les CDSMT ;
- ➡ les pré-arbitrages du Ministère chargé des finances ;
- ➡ les arbitrages du Premier Ministre.

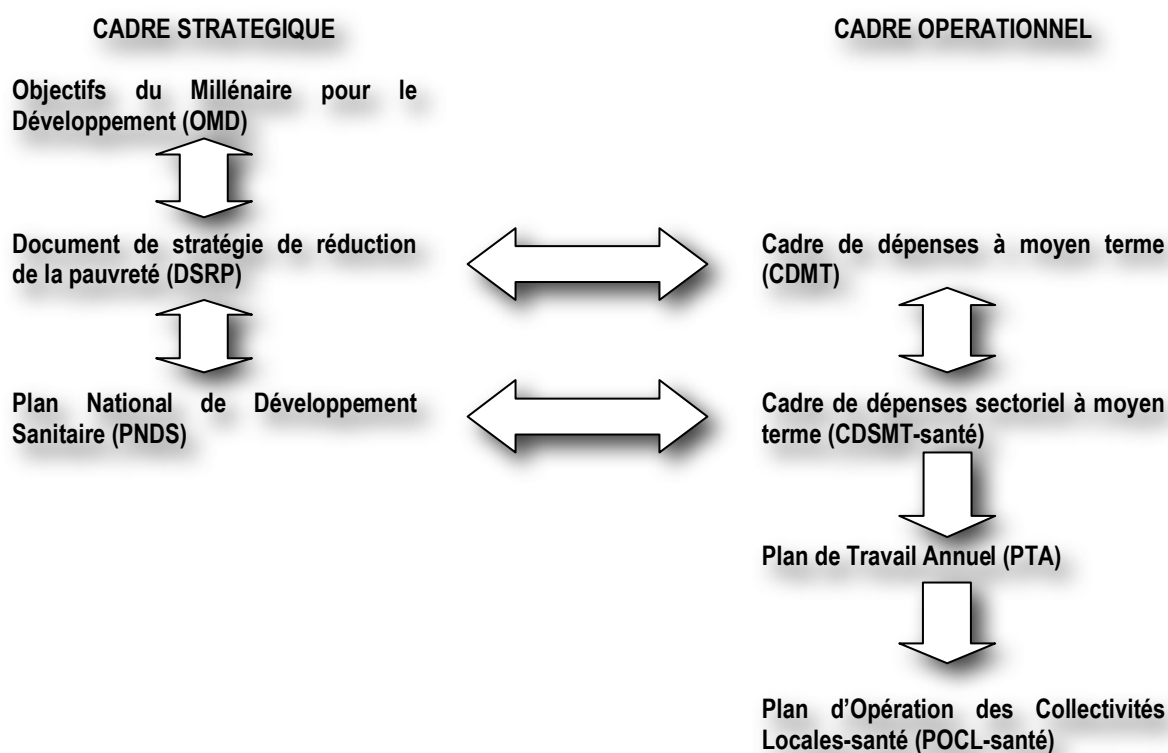


Figure 1 : *Cadre de planification du PNDS²³*

L'avènement des CDSMT a entraîné dans la pratique, un cycle de planification hybride qui combine les modalités classiques d'élaboration du budget à la budgétisation axée sur les résultats. Toutefois, l'objectif à termes du Sénégal est d'arriver à une généralisation d'une budgétisation axée sur les résultats comme le décrit la figure n°1 et dont les bonnes pratiques sont reprises dans le chapitre 7 : préalables à la réforme des critères d'allocation.

3.3.3 Textes et procédures actuels du principe de détermination des critères

La Loi 2001-09 du 15 octobre 2001 portant loi organique relative aux lois de finances, en ses articles 33 et 34 évoque l'actuel principe de détermination des critères. En effet, les deux principaux critères sont les services votés réévalués des services votés et les mesures nouvelles justifiant les modifications proposées des services votés, notamment les crédits afférents aux créations, suppressions et transformations d'emplois.

²³ Source, cadre de Suivi / Evaluation du PNDS 2009-2018, IHP compact 09/2009
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

Les services votés représentent le minimum de dotations que le gouvernement juge indispensables pour poursuivre l'exécution des services publics dans les conditions qui ont été approuvées l'année précédente par l'Assemblée nationale.

Les crédits applicables aux services votés sont aux plus égaux pour :

- les dépenses ordinaires, aux crédits de la précédente année diminués des inscriptions non renouvelables, et modifiées pour tenir compte de l'incidence en année pleine des mesures approuvées par l'Assemblée nationale, ou décidées par le Gouvernement, dans la limite des pouvoirs qui lui sont propres, ainsi que l'évolution effective des charges couvertes par les crédits évaluatifs ;
- les dépenses en capital, aux autorisations de programme prévues par une loi de programme, aux prévisions inscrites dans le plus récent échéancier ou à défaut d'échéancier, aux autorisations de l'année précédente éventuellement modifiées dans les conditions prévues au précédent alinéa.

Toutefois, depuis l'avènement des CDSMT en 2006, l'ordre de priorité retenu pour l'allocation des ressources budgétaires internes obéit aux critères suivants :

- contribution à l'atteinte des objectifs du Plan d'actions prioritaires (PAP) du DSRP-2 intégrant la stratégie de croissance accélérée (SCA) ;
- contreparties au financement externe et autres engagements de l'Etat ;
- engagements en cours ;
- poursuite des projets en cours.

3.4 Les mécanismes d'arbitrage : arbitrage national

L'élaboration du budget tient compte avant toute chose, d'une part du contexte économique international et d'autre part du contexte économique national notamment la situation projetée des recettes budgétaires.

En conséquence, un arbitrage est opéré par le Gouvernement tenant compte de ses objectifs de développement prioritaires, définis dans la Stratégie de Réduction de la Pauvreté de seconde génération (DSRP₂), qui a pour objectif d'améliorer de façon sensible les conditions de vie des populations, et permettre ainsi à l'horizon 2015 d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA) pour doper la croissance et la compétitivité de l'économie nationale et les objectifs fixés par le Chef de l'Etat [25].

Ensuite, un autre arbitrage est opéré à la lumière de la situation économique nationale, pour communiquer aux ministères sous CDSMT, leurs enveloppes budgétaires à l'intérieur desquelles ils élaboreront leur budget triennal.

Les conférences budgétaires constituent la troisième étape de l'arbitrage national. C'est l'occasion pour les institutions et les ministères dépensiers, de faire la présentation de leurs propositions de budget aux services compétents du Ministère de l'Economie et des Finances. Il est procédé à la vérification et à la mise au point de ces propositions, qui pourront être revues dans le cas où le Ministère de l'Economie et des finances estime que l'Etat risque d'être confronté à des contraintes budgétaires.

3.5 Arbitrage intra-sectoriel

Chaque pouvoir public ou ministère doit faire en interne ses arbitrages sur les réévaluations des services votés, et sur les demandes de mesures nouvelles proposées par ses services, et sur l'inscription de projets nouveaux ou anciens de l'institution ou du ministère.

Toutefois, les services de l'institution disposant d'un chapitre ont la liberté de faire des réaménagements sur les lignes budgétaires en respectant les crédits limitatifs affectés au chapitre.

S'agissant en particulier du ministère de la santé qui est un ministère sous CDSMT, une analyse précise et rigoureuse s'impose au moment de l'arbitrage interne des programmes. Ces program-

mes doivent porter sur le Plan d'Actions Prioritaires (PAP) du DSRP 2, la SCA, les OMD et les derniers objectifs fixés par Monsieur le Président de la République, en vue de l'atteinte de leurs indicateurs respectifs.

La décision d'allocation budgétaire sera fonction, du niveau de contribution, du programme à la réalisation des résultats attendus.

Le droit à la santé est un droit universellement affirmé, et la Constitution, dans ses articles 7 et 17 d'avril 2001, assurent à tout sénégalais le bien-être physique, moral et social conformément à la définition de la maladie par l'OMS²⁴. Cependant, malgré l'engagement des pouvoirs publics débiteurs de cette créance, certaines populations sont encore financièrement ou géographiquement exclues du système de santé.

La réalisation de cet engagement fort qui est une promesse, comme celle d'autres droits, s'inscrit dans un contexte de forte compétition pour l'accès aux ressources publiques, et donc de douloureux arbitrages budgétaires, entre les différents secteurs. Aussi important-il, pour peser dans la décision politique d'allocation des ressources publiques, de pouvoir justifier objectivement de la primauté revendiquée pour la santé, et en son sein, de hiérarchiser les priorités du secteur par niveau.

L'état des lieux et des tendances font apparaître un risque certain de non atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), du moins à la période prévue, et il faut étudier les conditions d'une accélération des progrès du secteur. Le levier de tout système de santé étant la politique nationale menée, et cette dernière s'exerçant dans un cadre budgétaire contraint, cela appelle une analyse comparative des choix opérés à chaque niveau d'arbitrage de la politique de santé, afin d'identifier, en fonction des objectifs, les marges de manoeuvre et les options possibles.

²⁴ Organisation Mondiale de la Santé
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

L'analyse du secteur révèle que la part « *subie* » par rapport à la part « *voulue* » est trop importante. En effet, il apparaît dans bien des cas, que les systèmes se sont d'avantage ajustés par défaut, que suite à une action publique délibérée. La conséquence en est souvent un coût social concentré sur les populations de moindre résistance²⁵, ainsi qu'une baisse de l'efficacité globale des systèmes. Il est donc plus que jamais nécessaire de convaincre de la nécessité, comme de la possibilité de redonner des leviers pour des politiques publiques, mieux orientées vers l'intérêt collectif. Le développement du système de santé, demande trois types d'efforts : une mobilisation suffisante des ressources publiques pour le secteur de la santé, un choix judicieux des grands paramètres de politique de santé, et une gestion financière et administrative efficace principalement axée sur les résultats.

3.5.1 Mobilisation des ressources publiques

La mobilisation des ressources publiques pour la santé est d'abord liée à la capacité de l'Etat à mobiliser des ressources propres (pression fiscale), capacité qui à court terme est relativement exogène pour la politique de santé car très liée au niveau de développement économique. Cependant, elle dépend également de la priorité accordée à la santé dans les arbitrages budgétaires entre les secteurs.

3.5.2 Les marges de manoeuvre au sein des grands arbitrages de politique

Des choix politiques faits en matière d'allocation intra-sectorielle et d'utilisation des ressources, on observe une forte variabilité, signe des marges de manoeuvre existantes :

- **Arbitrage intra-sectoriel.** La répartition de l'enveloppe pour la santé entre les différents segments de la pyramide sanitaire.

²⁵ Les plus vulnérables

- ▶ **Arbitrage qualité-dépense par habitant.** Les dépenses de santé qui, même faibles, donnent priorité à l'accessibilité géographique avec des objectifs de couverture et fort à la qualité (supposée) de la santé.
- ▶ **Arbitrage à l'intérieur de la dépense unitaire.** La répartition du coût unitaire par habitant entre les différents types de dépenses peut exprimer une priorité accordée.

3.5.3 Les marges de manoeuvre dans la gestion des flux de patients

La gestion des flux de patients sur l'ensemble du système de santé, qui détermine *in fine* la répartition budgétaire entre segments et la dépense par patient (qualité), demande une régulation à deux niveaux [18]:

- ▶ **La régulation à l'intérieur des segments de la pyramide sanitaire :** il s'agit d'améliorer les indicateurs de couverture en commençant par le niveau primaire, qui est le premier recours, et aussi déclencheur du processus de référencement vers les niveaux supérieurs.
- ▶ **La régulation entre les niveaux :** la régulation doit s'organiser politiquement, techniquement et budgétairement, afin que la structure du système de production de soins corresponde d'avantage aux capacités d'accueil des structures de santé de base²⁶ pour ne pas pénaliser la qualité - et aux besoins de santé de la population.

Une fois ces réflexions menées et ces choix opérés, l'enjeu se porte sur la gestion du système de santé aux différents échelons, notamment les hôpitaux, pour assurer une utilisation optimale des ressources, conforme à la double exigence d'équité et de qualité des soins de santé [15].

²⁶ Poste de santé

4. Analyse SWOT du financement de la santé

Le décor général ainsi défini, intéressons nous plus précisément au positionnement du Ministère de la santé et à sa méthode d'allocations budgétaires, dans ce contexte difficile en se polarisant sur ses principales forces et faiblesses en termes d'organisation, et par rapport à son environnement, au travers d'une analyse SWOT.

Cette analyse a pour objet l'identification des potentialités d'amélioration et d'optimisation, et les menaces pouvant porter atteinte à l'efficacité du système de santé publique.

4.1 Forces

Elles peuvent être perçues à travers la réponse aux trois questionnements suivants :

Quels avantages possède le MSP ?

- C'est un secteur prioritaire (10% du budget de fonctionnement) affirmé dans les documents de politiques (DSRP II, SCA, OMD) ;
- Une riche expérience du PNDS I ;
- C'est un Ministère sous CDSMT donc en apprentissage à la gestion axée sur les résultats ;
- Le niveau important de la contribution des ménages au financement de la santé ;
- Le volume de plus en plus important du financement de la santé qui est passé de 37,66 milliards en 1998 à 140,43 milliards en 2007.

Que fait bien le MSP ?

- L'élaboration des politiques ;
- L'élaboration du CDSMT ;
- La recherche de financement auprès des partenaires techniques et financiers.

Que perçoivent les autres comme étant les forces du MSP ?

- L'établissement des comptes nationaux de la santé ;
- La carte sanitaire ;
- La priorité du gouvernement et des bailleurs.

Les limites et le manque d'efficacité de la méthode d'allocation des budgets par le ministère de la santé sont essentiellement dus à deux paramètres, qui perdurent depuis de nombreuses années :

- la généralisation d'une méthode d'allocation des budgets suivant un processus systématique fondé sur des critères purement historiques ;
- l'absence de mise en place d'un principe de gestion fondée sur la «*culture du résultat*» aussi bien quantitatif que qualitatif : système de veille et indicateurs de performance.

La méthode actuelle ne prend pas suffisamment en compte certains paramètres fondamentaux et objectifs, en ignorant les évolutions naturelles de la structure démographique et sociale de notre pays :

- modifications de la structure démographique ;
- migrations et déplacements de populations ;
- mutations socio-économiques de la population ;
- déséquilibre entre les zones géographiques ;
- accentuation du niveau de la pauvreté dans certaines localités.

Autant de paramètres qui ont une influence directe et profonde sur les besoins réels des populations en matière de santé publique [1].

Une analyse, même superficielle du système d'allocation actuel, révèle de trop nombreuses incohérences, avec pour conséquences directes : le déséquilibre de la pyramide sanitaire qui induit le manque d'efficacité du système de santé dans son ensemble, et l'accroissement de l'injustice sociale face au droit constitutionnel d'accès pour tous à une protection sanitaire équitable.

A titre d'exemple :

- la concentration des moyens sur les structures hospitalières citadines (plus de 38%) qui mobilisent ainsi l'essentiel des ressources publiques disponibles et pénalise gravement les structures intermédiaires et décentralisées du dispositif national [6] ;
- principalement les postes de santé qui « *en bas de l'échelle* » et au contact direct des populations les plus exposées se trouvent cruellement démunies avec une part infime et marginale des ressources distribuées : (moins de 3%).

Ses incohérences constatées dans le système d'attribution des ressources, se traduisent dans la réalité par :

- une fracture croissante entre la pyramide sanitaire et les besoins réels des populations ;
- des disparités importantes même à l'intérieur d'un même niveau du dispositif en fonction de leur positionnement géographique ;
- la paupérisation des ménages par augmentation de leur part contributive dans le financement du système de santé, encore accentuée par leur implantation géographique ;
- l'installation de fait d'un système de santé publique « *à deux vitesses* » opposant les populations urbaines aux populations rurales, les populations socialement intégrées aux populations précarisées.

Dans ce contexte, il est difficile pour notre pays d'atteindre les objectifs définis sur le plan international comme sur le plan national malgré les importants et constants efforts financiers consentis par les pouvoirs publics victimes « *d'évaporation budgétaire* » du fait du manque de cohésion et de contrôle du système.

Concernant les mécanismes d'arbitrage, ils se situent à 2 niveaux : le niveau national et le niveau intra-sectoriel.

Au plan national le contexte économique international et la situation nationale sont largement pris en compte dans la définition de la politique budgétaire de l'Etat, notamment au travers de l'estimation des recettes budgétaires.

Un premier arbitrage est décidé au niveau gouvernemental, prenant en compte les priorités et les objectifs définis fixés par le chef de l'état, dans le but d'améliorer, sensiblement les conditions de vie de ses concitoyens, en cohérence avec DSRP II, OMD et SCA.

Une seconde étape consiste en la répartition du budget par ministère en rapport avec la situation économique nationale, ces enveloppes permettant à chaque ministère d'élaborer leur Politique budgétaire triennale.

Ces budgets proposés sont arbitrés en dernier lieu au cours de conférences budgétaires, amendés et validés par le ministère de l'Economie et des Finances et soumis à l'approbation du Premier Ministre.

Sur le plan interne, chaque institution réalise ses propres arbitrages entre ses différents services.

Le ministère de la Santé, de par sa position sensible, doit prendre en compte lors de ses arbitrages les différents plans engagés : PAP, DSRP II, SCA, OMD et les souhaits du Président de la République avant que la décision de validation des allocations soit rendue par le Parlement.

En conclusion, un processus complexe dans un contexte économique défavorable qui accentue la concurrence entre les ministères dépensiers, ce qui implique qu'une attention particulière soit portée sur l'analyse de la situation réelle du terrain dans le but d'optimiser l'ensemble des allocations injectées dans le secteur de la santé.

4.2 Faiblesses

Quels sont les axes d'amélioration du système de santé ?

- L'absence ou l'inadéquation des critères d'allocation des ressources ;
- Certaines incohérences de la carte sanitaire ;
- L'arbitrage intra-sectoriel ;
- Le déficit important de personnel surtout en périphérie ;
- L'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé ;
- La culture d'évaluation.

Qu'est ce que le MSP ne fait pas bien ?

- L'allocation des ressources entre les différents segments du système de santé ;
- Les critères d'allocation des ressources ;
- Le suivisme de la carte sanitaire au découpage administratif, qui remet en cause la rationalité du périmètre opérationnel du district et de la région médicale.

Que doit éviter le MSP ?

- Une mauvaise allocation des ressources ;
- Un mauvais arbitrage ;
- Une carte sanitaire obsolète.

Les principales forces du ministère de la santé sont la conséquence directe des différentes politiques nationales et internationales définissant la santé comme secteur prioritaire et concrétisées au travers des différents plans : DSRP II, SCA, OMD... succédant aux plans préalables (PNDS I et II) qui lui confère expérience et expertise dans la planification des stratégies définies par ces différents documents à vocation politique.

Cette expérience acquise au fil des plans, entraîne le Ministère de la santé vers une action plus pragmatique, et une démarche le conduisant vers une meilleure maîtrise du système de santé, fondée sur une approche de gestion d'avantage orientée vers la recherche de résultats.

L'augmentation généralisée et constante des ressources financières drainées vers le système de santé, et particulièrement l'accroissement important de la part contributive des ménages, qui a plus que triplée entre 1998 et 2007, conférant au secteur, une plus grande liberté de manœuvre et une relative autonomie budgétaire.

Cette expérience croissante, conjuguée à un accroissement réel des ressources, a permis au MSP de se perfectionner sur 3 points essentiels :

- la définition plus précise des objectifs prioritaires et l'élaboration de politiques en adéquation avec ces priorités (meilleure adéquation – meilleure efficience – augmentation des résultats) ;
- le Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Termes comme instrument de programmation et de mise en oeuvre de la politique sectorielle ;
- la consolidation de son statut, l'élévation de son niveau d'expertise et l'amélioration de son image, lui conférant la crédibilité indispensable, pour une influence plus large dans la recherche de partenaires techniques et financiers, et sa reconnaissance sur le plan international.

Cette amélioration nette du statut du MSP, se traduit au travers de sa perception par les tiers lui reconnaissant trois points forts et fondamentaux de son action :

- l'existence (**d'un référentiel**) de comptes nationaux de la santé performants et indispensables à la bonne compréhension analytique des dépenses du système de santé, et à l'estimation des évolutions nécessaires (prospective) ;

- la mise en place d'une carte sanitaire détaillée et hiérarchisée devant permettre une couverture géographique nationale satisfaisante ;
- La mobilisation des partenaires techniques et financiers autour des priorités du secteur.

En dépit du chemin parcouru et des progrès objectifs réalisés le Ministère de la Santé présente encore de nombreuses faiblesses, quant à la maîtrise du système de santé national et de son niveau d'efficacité.

4.3 Opportunités

Les opportunités et les menaces sont externes au MSP et par conséquent relèvent de l'environnement du Ministère.

Quelles sont les opportunités positives qui s'offrent au MSP ?

- l'aide extérieure dans le cadre de l'atteinte des OMD ;
- le plan d'actions prioritaires du DSRP-2 ;
- la contractualisation avec le Partenariat Public Privé (PPP) ;
- le financement alternatif de la santé à travers l'assurance maladie et la mutualité.

Comment le MSP peut-il transformer ses forces en opportunités ?

Pour transformer ses forces en opportunités, le MSP doit poursuivre et approfondir les réformes entamées, notamment la gestion axée sur les résultats, l'instauration d'une clé de répartition des ressources financières entre les niveaux opérationnels et centraux, la révision des critères d'allocation des ressources, et la préparation du budget à partir des Plans de travail annuels (PTA) élaborés au niveau local.

En effet, l'absence de critères d'allocation des ressources et de gestion axée sur les résultats ont été à l'origine des disparités dans le financement des programmes, et des différents échelons de la pyramide sanitaire. Les services centraux ont plus profité de ces financements alors que la priorité

devait être accordée aux soins de santé de base, qui sont plus aptes à faire évoluer favorablement les indicateurs ciblés, dans le cadre des politiques nationales de santé et des OMD [20].

Ces faiblesses sont la résultante de phénomènes facilement identifiables, *«et en conséquence facilement corrigibles»*, elles s'articulent toutes autour d'une problématique centrale qui nécessite la mise en action rapide d'une réforme du système de répartition des allocations budgétaires à l'intérieur du système de santé publique.

L'absence et/ou l'inadéquation entre le système historique d'allocation des ressources et les besoins réels des structures des soins en service, tributaires des besoins exprimés par les populations.

Cette carence fondamentale dans la gestion du système de santé publique par le MSP, représente un lourd handicap dans la poursuite des objectifs politiques définis, et a pour corollaires : incohérences flagrantes, manque d'efficacité, évaporation budgétaire et *«injustice sanitaire»*.

Elle se traduit par :

- ▶ l'accentuation du décalage entre la carte sanitaire et la réalité du terrain ;
- ▶ la méconnaissance relative (selon le degré de la pyramide de santé) des besoins exprimés par les populations ;
- ▶ le déséquilibre et l'absence de rentabilité dans l'exploitation des différentes ressources : immobilisations, matériels, équipements, personnels ;
- ▶ le cruel déficit des ressources humaines en région et principalement en zones rurales ;
- ▶ l'indisponibilité relative de comptes nationaux de la santé fiables et argumentés.
- ▶ Le manque d'efficacité, de réalisme, d'objectivité et de justice dans les arbitrages intra-sectoriels débattus au sein du ministère.

En conclusion, si le MSP, maîtrise clairement les critères politiques et les données macro-économiques de son système de santé, sa position centrale à la tête de la pyramide de la santé se traduit par un réel éloignement, voire un isolement par rapport à ses bases opérationnelles.

4.4 Menaces

Quelles tendances peuvent nuire au MSP ?

La poursuite de l'allocation des ressources sur la base de lignes budgétaires historiques (services votés et mesures nouvelles), l'absence de critères pertinents d'allocation des ressources tenant compte de la démographie, de la situation géographique, du niveau de pauvreté et des performances, peuvent anéantir tous les efforts consentis pour le secteur et compromettre l'atteinte des OMD.

A quelles menaces le MSP est exposé à partir de ses faiblesses ?

Ces menaces peuvent se traduire par l'inefficacité dans la gestion des ressources allouées au MSP, la non-atteinte des objectifs poursuivis dans les documents de politique de santé et des OMD, la persistance des disparités entre les segments de la pyramide sanitaire d'une part, et d'autre part entre les bénéficiaires des services de santé.

Après les efforts financiers et les principes de décentralisation consentis par les pouvoirs publics, il semble que le système ait atteint ses limites en matière d'efficience.

Tous ces sérieux manquements à la fiabilité de notre système de santé, sont essentiellement dus à une méconnaissance d'une situation réelle, en constante évolution, au diapason des évolutions socio-démographiques de notre nation.

Pour franchir cette étape cruciale dans son histoire, le ministère de la santé doit s'adapter et adopter ***«une autre vision politique et philosophique de sa mission de service public»***.

Sa vocation à co-déterminer et à appliquer les politiques de santé au plus haut niveau, doit s'appuyer sur une meilleure collaboration avec les différents niveaux de la pyramide de santé et leurs connaissances pratiques du *«terrain»*.

D'une vision hiérarchique et centralisée, fondée sur une méthode d'allocation budgétaire historique et systématique, le MSP doit s'orienter vers une approche d'avantage basée sur la concertation et la participation.

C'est en s'approchant au plus près les populations et leurs besoins, par politique de proximité qui inverse les systèmes de collecte et de circulation de l'information au sein de la pyramide de santé (du pragmatique vers le politique, de l'empirique vers le théorique) que le ministère se donnera les meilleures garanties d'efficience du système de santé de demain au travers d'arbitrages mieux éclairés et donc plus justes.

Et c'est aussi, par ce schéma que le ministère en améliorant ses performances en termes de résultats par la concertation et le dialogue évitera au mieux, conflits d'influence et mouvements sociaux, se positionnant ainsi dans les meilleures conditions lors des arbitrages nationaux et le vote du budget de la nation.

5. Les perspectives de réformes des critères d'allocation des ressources

Après analyse des mécanismes traditionnels et une revue des expériences nouvelles en matière d'allocation des ressources, des propositions sont avancées pour poser les nouvelles bases d'une réforme concertée.

Nous préconisons que l'allocation des moyens dans les structures de santé ne soit pas uniquement liée, aux critères démographiques (population de référence) et infrastructurels, si l'on veut corriger les disparités géographiques. Dans cette dynamique, il est pertinent de mettre en place des mécanismes de discrimination positive proposant une allocation supplémentaire pour les localités défavorisées où le principal déterminant serait l'indice de pauvreté. Cependant, les critères ont été étudiés et valorisés pour tenir compte le plus possible de :

- la segmentation géographique ;
- l'analyse des régions administratives ;
- l'estimation de l'offre de soins et de l'activité des formations sanitaires ;
- la subvention à l'activité des hôpitaux.

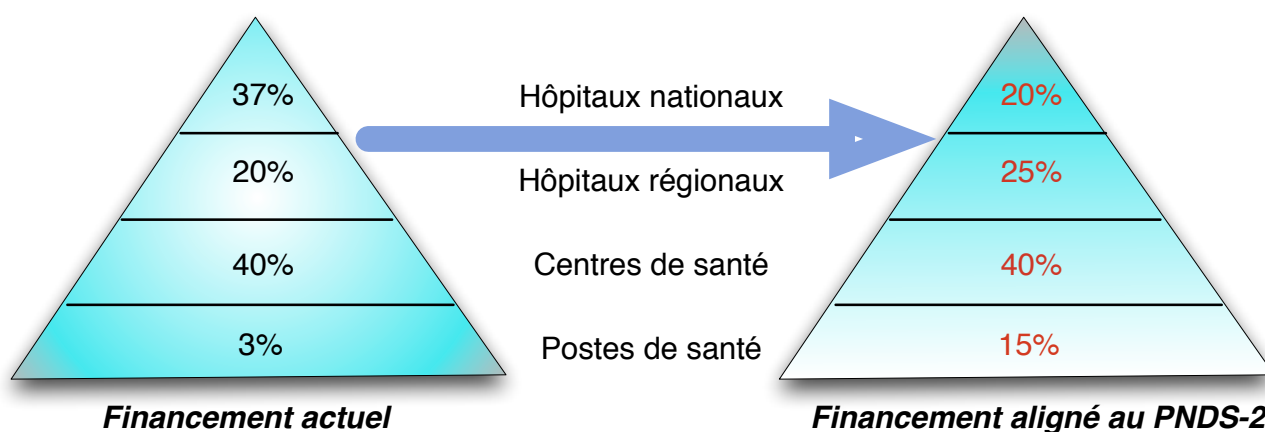


Figure 2 : Financement du système de santé par niveau

La première étape de la réforme des critères d'allocation des ressources du secteur, consiste à corriger les disparités du financement de la santé par niveau (Cf. Figure 2), afin de prétendre à l'atteinte des objectifs du PNDS-II. Cette stratégie d'alignement tend à réduire le niveau de subvention des EPS au profit des formations sanitaires de bases, véritable porteur des objectifs opéra-

tionnels du secteur, et permettre aux hôpitaux de mieux assurer la référence. Cela veut dire que les hôpitaux de référence n'assureront plus les activités primaires (rôle de dispensaire), totalement dévolues aux structures de santé de base (Postes et Centres de santé) 10].

Les projections sont parties d'une modélisation du financement du système de santé (*Source CNS/CAFSP*) et la période de transition est estimée à trois ans, avec la mise en application stricte de la Référence et Contre Référence sur l'étendu du territoire.

5.1 Les critères géographiques et socio-démographiques

La segmentation géographique a permis de faire la corrélation entre des bassins de santé qui constituent lieux où sont actuellement concentrés l'offre de soins et les bassins de résidence (où habitent les populations qui fréquentent les structures), en faisant ressortir les inégalités de la répartition des structures de santé par rapport à la population.

Il convient tout d'abord, de se méfier de raisonnements simplistes consistant à tirer une conclusion hâtive sur deux constatations. S'il est vrai, en effet, qu'il existe de grandes inégalités de santé entre les régions, les régions du Nord et du Sud apparaissant défavorisées à cet égard ; s'il est vrai qu'il existe de grandes inégalités d'offre de soins entre ces mêmes régions, les régions du Nord, Centre et Est apparaissant moins bien dotées, du moins en matière d'infrastructures hospitalières, ne peut-on établir un lien étroit entre état de santé et offre de soins et préconiser une répartition régionale qui rétablirait peu à peu l'égalité de la répartition des dotations de ressources entre régions et entraînerai une réduction des inégalités de santé ?

Pour les besoins d'analyse, nous avons tenu compte du nouveau découpage administratif, mais en le situant dans le contexte des documents de référence qui datent d'avant. Ainsi, les nouvelles régions de Sédhiou, Kaffrine et Kédougou sont respectivement analysées dans les régions de Kolda, Kaolack et de Tambacounda pour contourner les biais de sélection [10].

5.1.1 Les infrastructures sanitaires de base

Tableau n° 7 : Inventaire physique des structures de santé²⁷ et des besoins évalués

REGIONS	POP	DOTATIONS	FDD	CSE	BCS	PSE	BPS	% PAUVRETE
DAKAR	2 622 408	2 597 057 000	325 465 501	19	10	117	40	18
DIOURBEL	1 319 308	640 796 000	165 953 218	6	9	72	52	13
FATICK	627 804	541 079 000	220 776 215	6	2	77	14	6
KAOLACK	1 250 480	886 040 000	294 641 162	7	5	104	25	13
LOUGA	777 085	625 298 000	199 587 622	6	3	75	19	5
MATAM	533 385	320 703 000	39 706 657	3	3	66	24	0
SAINT LOUIS	837 583	705 281 000	221 770 894	5	2	95	28	9
TAMBACOUNDA	610 550	429 304 000	118 372 638	7	0	60	24	7
KEDOUGOU	118 921	363 869 000	49 519 241	2	1	19	4	0
THIES	1 471 754	1 890 289 000	315 997 287	9	5	106	28	13
ZIGUINCHOR	474 374	707 599 000	132 987 516	5	1	213	5	7
KOLDA	553 708	283 036 000	94 276 860	2	4	42	18	10
SEDHIOU	418 278	423 225 580	48 711 665	2	2	40	9	0
TOTAL	11 615 586	10 413 576 580	2 227 766 476	77	92	1086	571	100

En dehors des régions nouvellement créées, qui ne bouleversent pas fondamentalement la carte sanitaire comme l'illustre la Figure n°2 ci-dessous, on note un relatif maillage du territoire par les structures de santé de base (maternités, postes et centres de santé), mais dans le sillage de l'aménagement du territoire. En effet, les structures se trouvent là où sont les populations avec une certaine exagération dans la région du Sud par rapport au reste du pays et qui pourrait s'expliquer par l'insécurité qui prévaut dans la zone en référence à la pyramide de Maslow.²⁸

²⁷ Source carte sanitaire 2008 - POP : Population estimée - FDD : Fonds de dotation - CSE : Centres de santé existant avec quelques problèmes sur le chiffre - BCS : Besoins en centres de santé - PSE : Postes de santé existant - BPS : Besoins en postes de santé - % Pauvreté : Pourcentage à la contribution à la pauvreté

²⁸ Abraham Maslow, Theory of Human Motivation, 1943
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

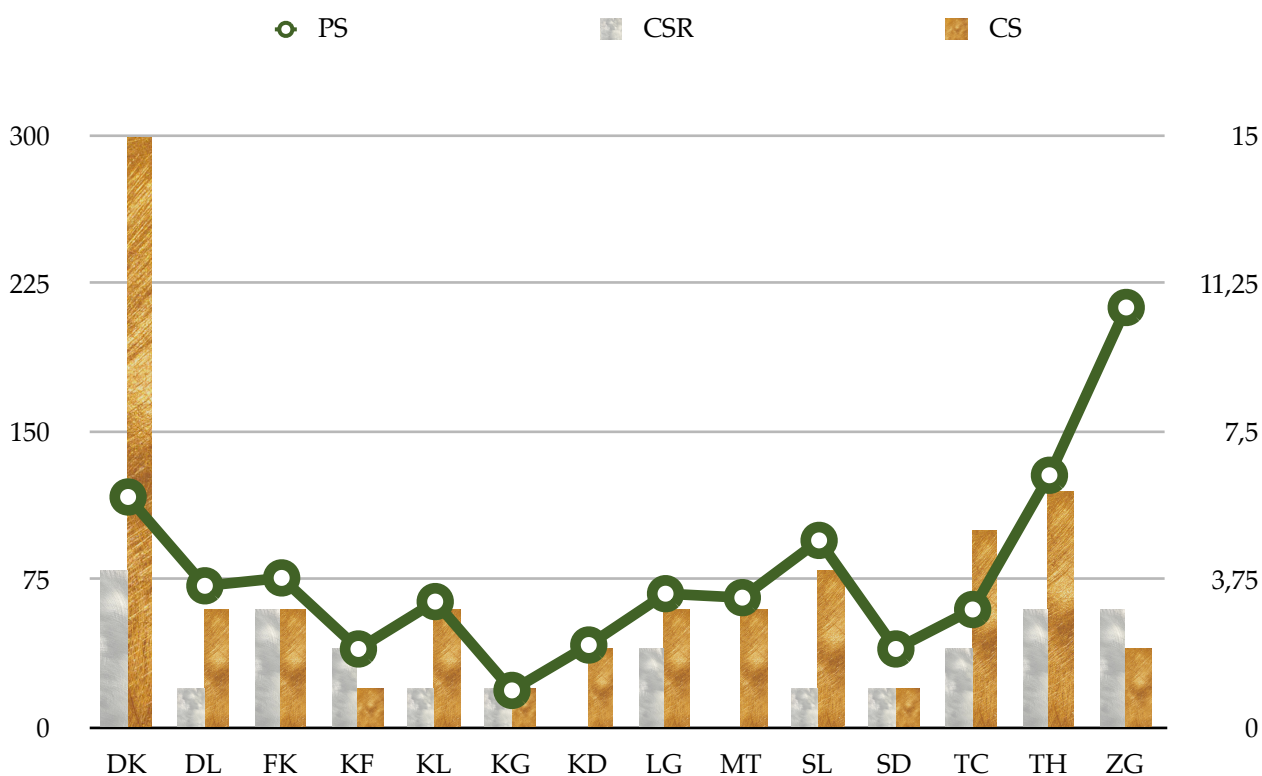


Figure n°3 : Distribution par région des formations sanitaires de base

Par ailleurs, on note dans le tableau n°7, une mauvaise distribution des structures de référence (EPS 2 et 3 et CSR), notamment dans les régions Centre et Est malgré l'immensité des zones de référence. Toutefois, la faible densité de population pourrait expliquer en partie ces inégalités. D'ailleurs, le rapprochement entre les distributions spatiales des formations sanitaires et les bassins de résidence, exprime une très forte corrélation qui suit les incohérences de la politique d'aménagement du territoire. En réalité, les inégalités exprimées seraient la conséquence directe de la politique aveugle d'aménagement et d'occupation du territoire.

5.1.2 Les critères démographiques

Sur le plan statistique, il existe au Sénégal un gradient social de mortalité particulièrement marqué, notamment pour les hommes : le différentiel d'espérance de vie entre catégories extrêmes (pour les hommes) est de 6,5 ans. La prévalence des phénomènes morbides est également socialement stratifiée. Ce gradient social de santé se conjugue à un gradient géographique. L'écart maxi-

mum d'espérance de vie chez les hommes entre les bassins urbains et ruraux est supérieur à 10 ans (6,7 ans chez les femmes) : il existe une structure spatiale de la surmortalité en C (arc Nord et Sud/Est du Sénégal) et la façade maritime (Ouest) où la mortalité est plus réduite [3].

Le constat malheureux est le rapprochement statistiquement significatif entre la faible mortalité et la bonne couverture passive.

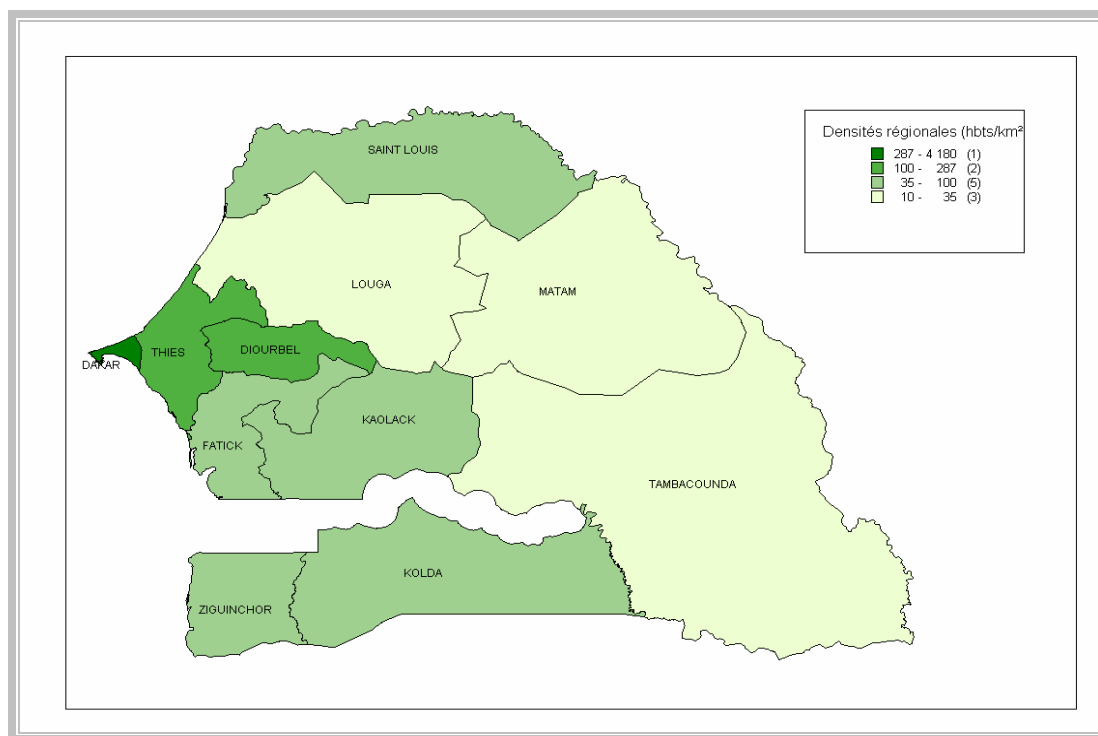
Toutefois, le système de soins ne constitue pas la cause essentielle des inégalités de santé car il n'est pas le principal déterminant de l'état de santé des individus : il ne contribue à celui-ci qu'à hauteur de 20 %. Par conséquent, si la problématique de l'accès, financier, géographique et comportemental aux soins ne doit pas être négligée, les déterminants principaux de la santé et par conséquent les déterminants des inégalités de santé sont à rechercher hors du système de soins.

Les inégalités de santé résultent en effet d'une exposition socialement et géographiquement différenciée à un certain nombre de facteurs de risques comportementaux (tabac, alcool, régime alimentaire, activité physique) et de façon générale, des conditions de vie des individus (revenu, éducation, logement, conditions de travail, soutien social, etc.) [13].

Le critère démographique est très pertinent à la lecture des résultats et il n'existe pas de différence statistiquement significative de la structure de la population par sexe selon le milieu de résidence (urbain ou rural) et entre les régions du Sénégal comme le montre le tableau n°8. En effet, ce constat est intéressant dans la définition ultérieure des critères et des réponses à apporter aux problèmes de santé, spécifiques à certaines couches de la population comme la santé de la reproduction.

Tableau n°8 : Répartition de la population par région, selon le sexe et par milieu de résidence²⁹

Région	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Région						
Dakar	1 084 414	50,0	1 083 379	50,0	2 167 793	100,0
Diourbel	492 024	46,7	561 832	53,3	1 053 856	100,0
Fatick	301 487	49,4	308 366	50,6	609 853	100,0
Kaolack	520 414	48,6	549 466	51,4	1 069 880	100,0
Kolda	408 172	49,9	409 542	50,1	817 714	100,0
Louga	330 279	48,7	347 471	51,3	677 750	100,0
Matam	201 875	47,6	222 231	52,4	424 106	100,0
Saint Louis	338 542	48,7	356 956	51,3	695 498	100,0
Tambacounda	305 461	49,9	306 827	50,1	612 288	100,0
Thiès	657 545	49,9	659 522	50,1	1 317 067	100,0
Ziguinchor	205 913	50,3	203 620	49,7	409 533	100,0
Total	4 846 126	49,2	5 009 212	50,8	9 855 338	100,0
Milieu de résidence						
Urbain	1 984 761	49,5	2 022 829	50,5	4 007 590	40,7
Rural	2 861 365	48,9	2 986 383	51,1	5 847 748	59,3
Total	4 846 126	49,2	5 009 212	50,8	9 855 338	100,0

**Figure 4 : Densités régionales**

²⁹ RPGH 3 - Rapport national de présentation des résultats / ANSD, page 14
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

Les résultats du troisième recensement général de la population de 2002 montrent que la population du Sénégal demeure jeune (54,9% de la population à moins de 20 ans) malgré une diminution notable de la proportion des jeunes. La croissance de la population a ralenti mais les disparités dans la répartition spatiale de la population entre les différentes régions persistent.

L'allure de la pyramide, figure n°4 reflète le taux de dépendance qui renseigne sur la charge pesant sur la population potentiellement active. Ce taux est calculé en faisant la somme des effectifs de personnes dont l'âge est inférieur à 15 ans ajoutés à celui de la population d'âge égal ou supérieur à 65 ans et en la rapportant à la population âgée de 15 à 64 ans. En 1988 pour tous les sexes réunis, 100 actifs avaient en charge 103,3 inactifs tandis qu'en 2002, ce taux a baissé et se retrouve à 87,7 [3].

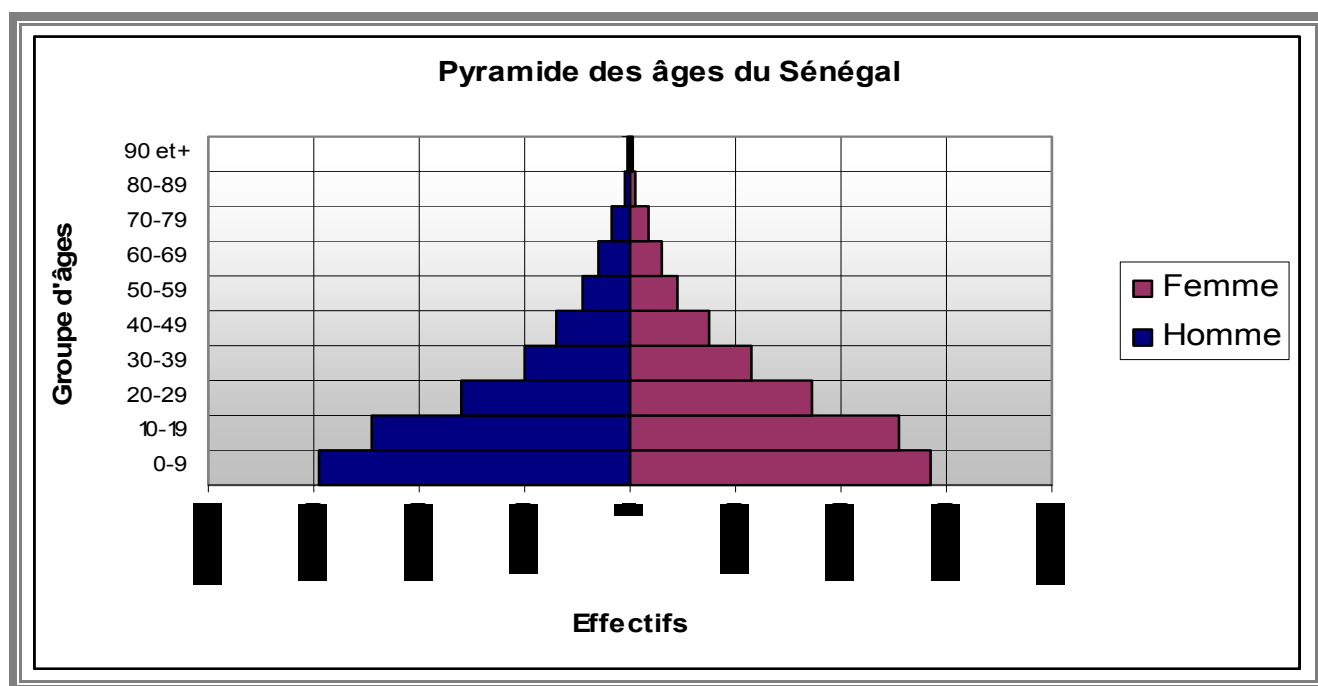


Figure 5 : Pyramide des âges de la population du Sénégal

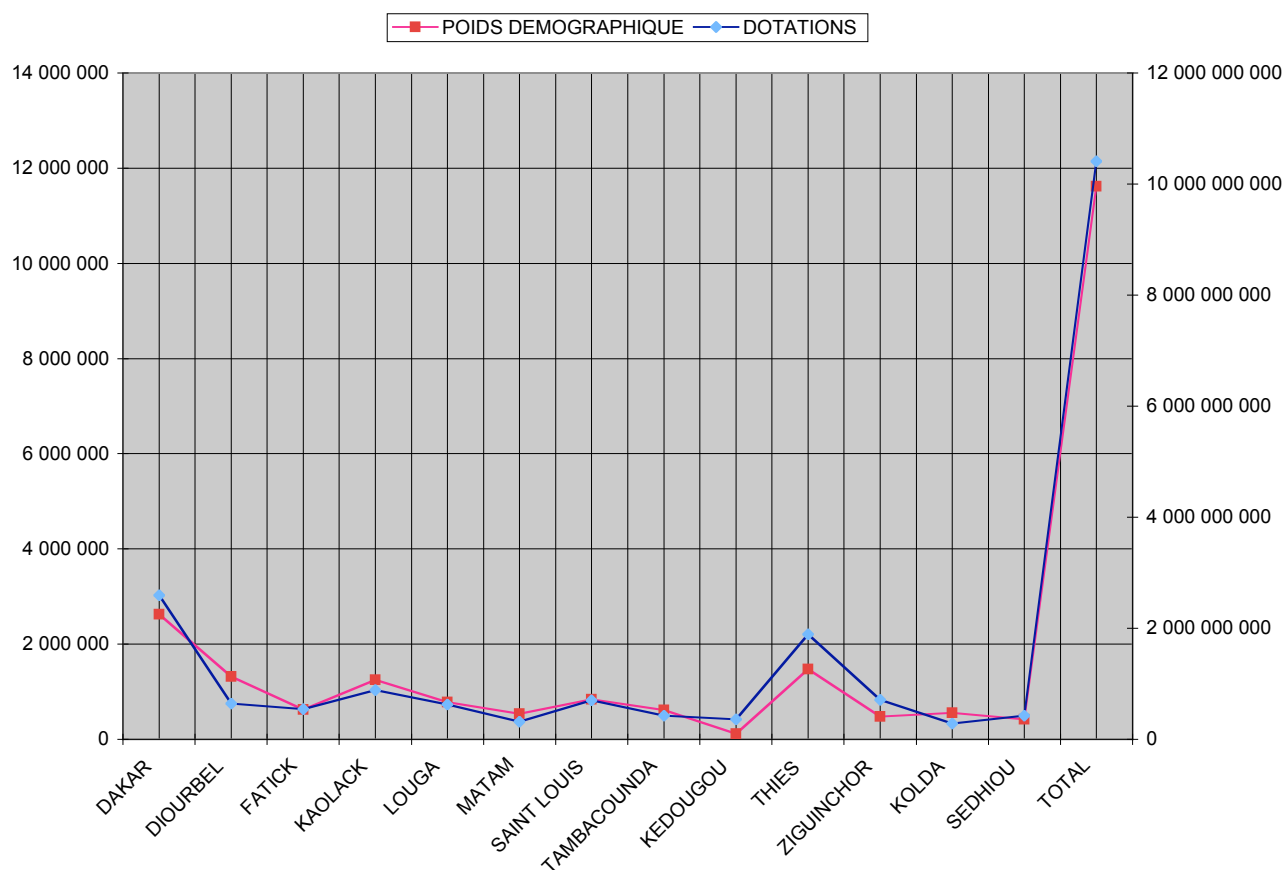


Figure 6 : Alignement dotations du budget par région et poids démographique

La dotation globale du budget de l'Etat au profit des districts sanitaires se chiffrait à 12 619 052 080 francs en 2008 et les dépenses de personnel représentaient 88%. La figure n°6 confirme néanmoins la forte corrélation entre les ressources allouées et le poids démographique, malgré toutes les difficultés identifiées. La question est de savoir dans quelle mesure les besoins de fonctionnement de ce segment de la pyramide sanitaire, sont satisfaits, si l'on sait qu'il bénéficie moins de 20% des ressources du secteur.

Pour le fonds de dotation, on observe une trajectoire identique à celle du budget de fonctionnement (Cf. Figure n°7), lors de son rapprochement avec la population. Reste à définir les budgets des nouvelles régions administratives pour lesquelles l'estimation de la population est biaisée, jusqu'au prochain, recensement général de la population.

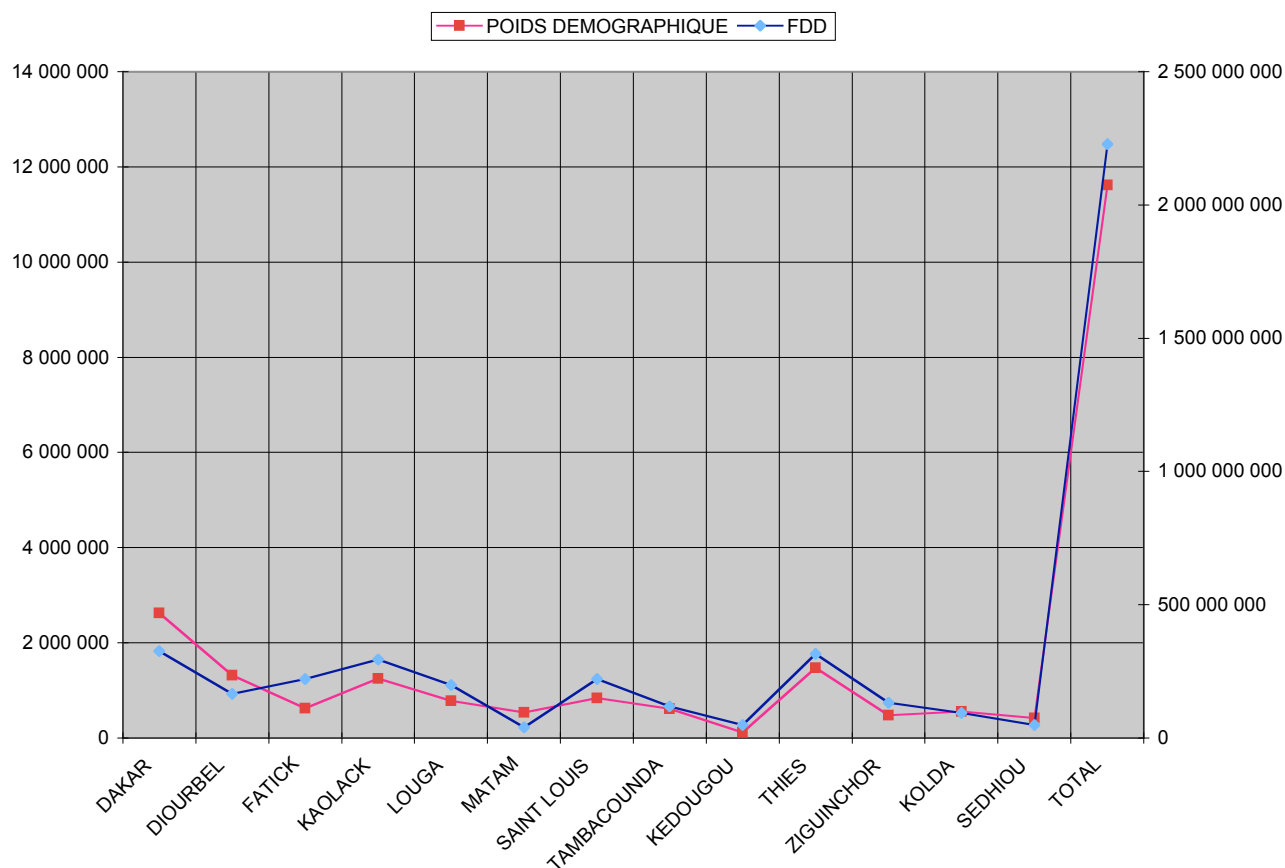


Figure 7 : Alignement du fonds de dotation par région et poids démographique

Le poids démographique a été défini par région en partant du dernier recensement démographique par souci de cohérence et c'est la raison pour laquelle, le niveau district n'a pas fait l'objet d'estimation compte tenu du nouveau découpage administratif et de la nouvelle carte sanitaire.

L'alignement du budget de l'Etat au profit des districts sanitaires, aux besoins du niveau opérationnel, est valorisé à 40,061 milliards de francs CFA soit un écart de 27,442 milliards ; gap qu'il faudrait résorber progressivement en inversant le financement actuel de la pyramide sanitaire (Cf. Figure 2) et en décentralisant les objectifs opérationnels, jusque là, portés par les services centraux.

Nous suggérons, par ailleurs un arbitrage intra-régional pour la définition des poids démographiques de chaque district, au plus proche de la réalité de terrain.

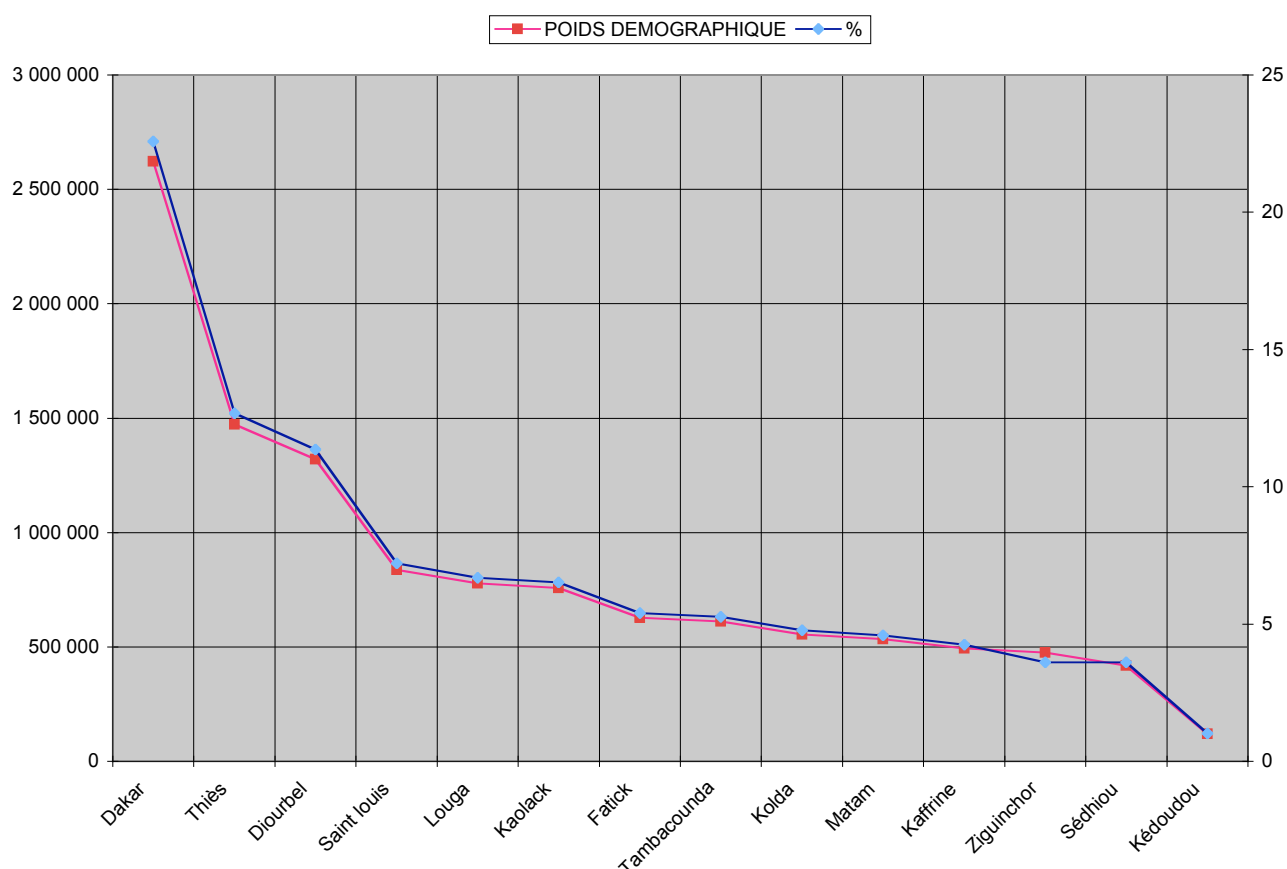


Figure 8 : Poids démographique des régions du Sénégal

5.1.3. Les critères de pauvreté

L'analyse de l'indice de pauvreté par région administrative a permis de constater que la position géographique (centralité/périphérie), l'accès, l'étendue, le climat, la pluviométrie, les opportunités économiques (projets de développement, encadrement technique), la fréquence et la facilité des moyens de transports (niveau des échanges, capacités de distribution) et de communications modernes (informations économiques pour la prise de décision) ainsi que la sécurité des personnes et des biens sont des facteurs essentiels dans la viabilité du développement économique et social d'une région. Des différences dans ces domaines peuvent causer un accès inégal aux ressources et donc des différences dans la probabilité d'être pauvre.

Les données observées montrent des disparités et la pauvreté est loin d'être uniforme d'une région à l'autre. Avec un ménage pauvre sur trois en 2001, la région de Dakar jouit d'une situation nettement plus favorable que les autres régions du pays, même si elle contribue le plus à la pauvreté (18,4% de l'ensemble des ménages pauvres)³⁰. A l'opposé c'est dans les régions de Ziguinchor et Kolda que la pauvreté des ménages est la plus répandue (deux ménages sur trois), ce qui peut s'expliquer comme une conséquence de l'insécurité qui a dû rompre les organisations communautaires de base, les structures de production et de consommation. Globalement, les régions de l'intérieur peuvent être regroupées en trois grandes catégories homogènes selon l'incidence de la pauvreté observée [I]:

- ***très forte*** (plus de 60%) à Ziguinchor, Kolda, Kaolack, Kaffrine et Diourbel,
- ***forte*** (entre 40 et 60%) à Tambacounda, Thiès, Saint Louis, Matam et Fatick,
- ***moyennement forte*** (entre 33 et 40%) à Dakar et Louga.

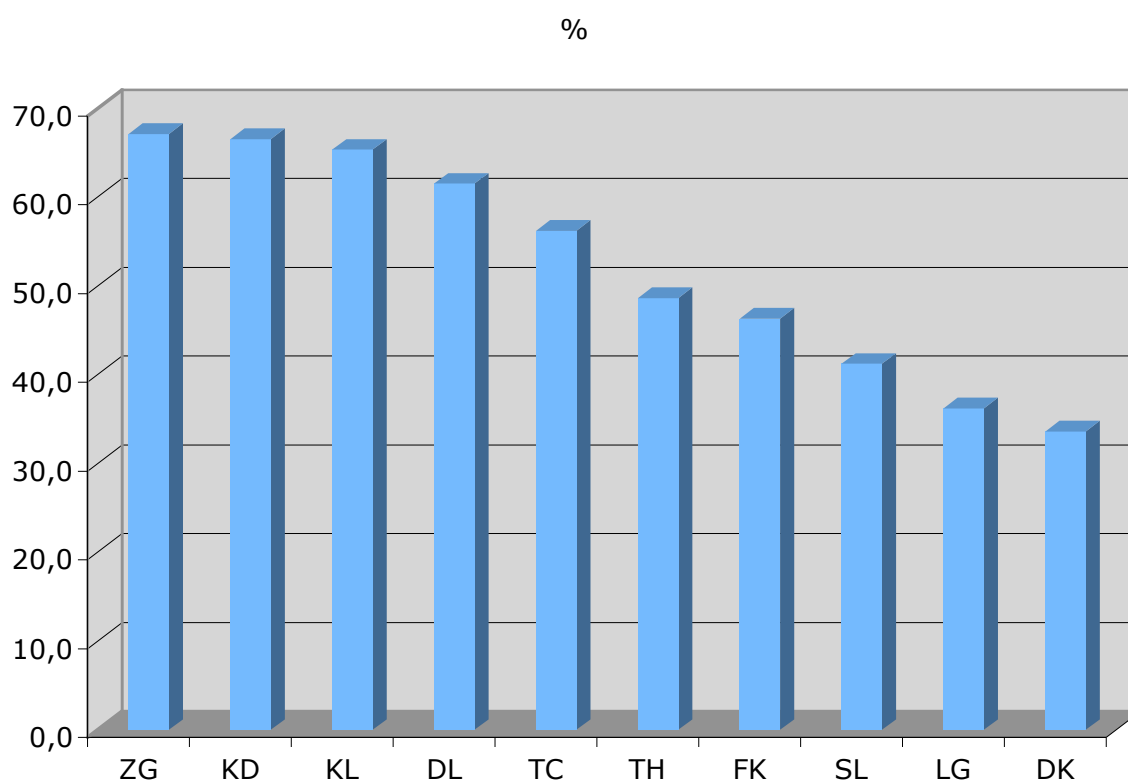


Figure 9 : Distribution de la pauvreté par région du Sénégal

³⁰ Source, ESAM, ANDS

Trois des régions les plus pauvres (Ziguinchor, Sédhiou et Kolda) sont à la périphérie du pays et d'accès relativement difficile. Dakar, l'une des régions les moins pauvres, jouit des avantages d'un développement longtemps inégal aux dépens des autres régions, privilège que lui confère son statut de capitale de la nation. La région de Louga qui connaît un investissement par tête parmi les plus faibles du pays, est aujourd'hui le lieu d'importants flux migratoires vers l'étranger. Les transferts d'argent effectués par les ressortissants de la région constituent un apport substantiel dans le relèvement significatif du niveau de vie de ses populations.

Tableau n°9 : Contribution des régions à la pauvreté au Sénégal

Région	Ménages Pauvres	Taux de pauvreté	Contribution
Dakar	94714	33,6	18,4
Ziguinchor	33678	67,1	6,5
Diourbel	65476	61,5	12,7
Saint Louis	44341	41,2	8,6
Tambacounda	34779	56,2	6,8
Kaolack	68230	65,3	13,2
Thiès	65567	48,6	12,7
Louga	26087	36,2	5,1
Fatick	30398	46,3	5,9
Kolda	51968	66,5	10,1
Total	515238	48,5	100

Source: Direction de la Prévision et de la Statistique et Banque Mondiale : Enquête Sénégalaise auprès des ménages (ESAM II, 2001/2002). Nota Béné : Les colonnes de total ne prennent pas en compte les non déclarés et de ce fait ne peuvent se rapporter à l'ensemble.

Ainsi, la politique d'allocation des ressources du secteur devrait beaucoup tenir compte de ce critère qui s'avère capitale, à la lecture de la contribution des ménages à l'effort de santé et de son impact sur leur paupérisation.

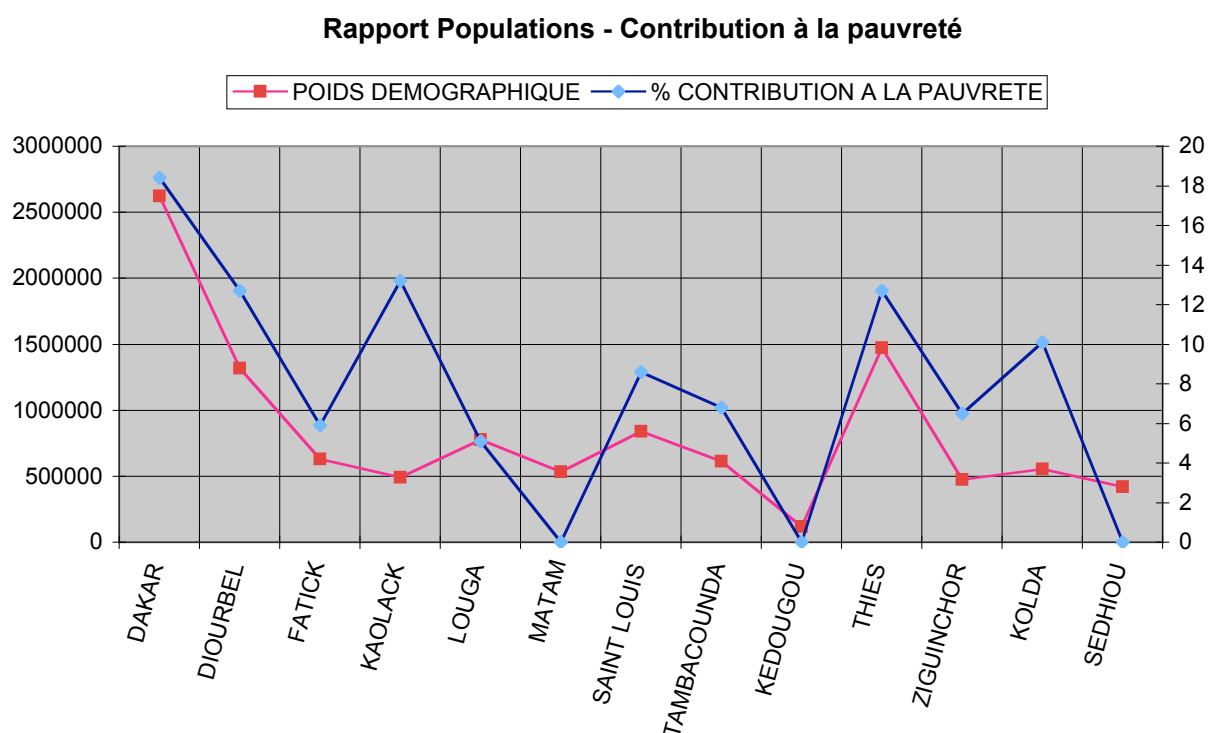


Figure 10 : Contribution à la pauvreté des régions du Sénégal

5.2 La mesure des inégalités de santé

On a distingué trois grandes catégories d'indicateurs d'état de santé (ES) :

- ▶ ***la mortalité et l'espérance de vie.*** Le caractère binaire de ces notions en réduit parfois la portée.
- ▶ ***La morbidité.*** Ces indicateurs permettent de distinguer différents aspects de la santé (générale, physique, mentale, intégration sociale) et pour certains, se prêtent à des graduations sur des échelles continues. Ils sont cependant peu standardisés et présentent des biais liés aux modes de recueil et à la perception du déclarant.
- ▶ ***Des combinaisons mortalité/morbidité*** (espérance de vie sans incapacité par exemple). Synthétiques, ils présentent cependant les mêmes inconvénients que les indicateurs de morbidité et soulèvent la question méthodologique de la valorisation des années passées dans un état de santé non parfait.

Les informations permettant de bâtir ces indicateurs, ont été obtenues par des canaux très divers : résultats des enquêtes démographiques globales ou sondages plus restreints, diagnostics médicaux ou auto-déclarations. Pour étudier la répartition de la santé, on se ramène à une mesure dichotomique (un indicateur binaire) dont on étudie la répartition dans la population ou à une variable (ordinaire ou continue et cardinale) qui définit un stock de santé disponible dans la population et permet d'établir la part de chacun dans ce stock [24].

En outre, la construction d'indicateurs invite à faire des choix méthodologiques qui influencent directement sur la mesure et la perception des inégalités de santé. On peut ainsi privilégier une approche absolue ou relative des différences de santé par rapport au terme de référence (moyenne, individu i , ...), ou un moyen terme entre ces deux cas polaires. Il peut également pondérer différemment les différences observées aux extrémités de la distribution et à proximité du terme de référence.

Plusieurs dimensions des inégalités de santé peuvent être étudiées. **L'approche** traditionnelle privilégie l'étude des inégalités sociales de santé³¹ ou différences sanitaires entre groupes sociaux : la population étudiée est divisée en catégories à partir d'un critère plus ou moins élaboré (revenu, profession, niveau d'éducation) et on mesure la dispersion d'un ES entre ces différents groupes. Les indicateurs les plus couramment utilisés sont :

- ▶ ***l'amplitude*** : ratio de l'ES des deux groupes extrêmes par exemple.
- ▶ ***L'indice de concentration*** : on construit une courbe de concentration (en abscisse, proportion cumulée de la population rangée par revenu croissant ; en ordonnée, proportion cumulée de l'ES). Plus la courbe est éloignée de la diagonale vers le bas (indicateur de bonne santé), plus l'inégalité au détriment des pauvres est élevée. L'indicateur de concentration, compris entre -1 et +1, vaut deux fois la surface entre la courbe et la diagonale.

³¹ Parmi les contributeurs les plus prolixes dans ce domaine, on relèvera Adam Wagstaff et Eddy van Doorslaer
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

- **L'indice de dissimilitude** : comparaison de la part d'un groupe dans la morbidité et de sa part dans la population.
- **L'indice de pente d'inégalité** : on construit des histogrammes représentant les groupes socio-économiques (rangés du moins au plus avantage en abscisse) et leur état de santé (en ordonnées). La pente de la droite de régression entre les sommets des histogrammes est l'indice recherché [19].

Outre la dimension normative inhérente à cette approche (l'inégalité liée au statut social est inéquitable), elle soulève de nombreux problèmes méthodologiques. D'abord, se pose la question de la caractérisation des catégories sociales : il n'existe pas de critères unanimement reconnus en la matière. Toute mesure est donc sensible à la spécification de la variable latente (position sociale). Par ailleurs, la position sociale est un concept contingent qui limite la pertinence des comparaisons internationales et inter-temporelles. En second lieu, de telles mesures négligent certaines dimensions des inégalités de santé, et en particulier leur dimension spatiale. On constate par exemple, qu'aux Etats-Unis, les inégalités entre comtés sont supérieures aux inégalités entre classes sociales (*Murray et al.*). Par ailleurs, ces mesures tendent à minorer l'ampleur réelle des inégalités car la dispersion intra-groupe, souvent importante, est par construction ignorée.

D'autres chercheurs (*Gakidou, Murray*) promeuvent aujourd'hui une approche alternative fondée sur la mesure de l'inégalité de santé **perse**. A partir de la littérature traditionnelle sur les inégalités de revenu, ces auteurs (*Gakidou, et al., 2000*) soulignent le paradoxe de n'envisager les inégalités de santé que sous l'angle de leur rapport à d'autres inégalités (de revenu, d'éducation). Ils proposent donc de considérer la santé comme un élément intrinsèque du bien-être et d'étudier la variation de l'état de santé d'un individu à l'autre au sein d'une population. On distingue trois outils principaux :

- ▶ un indice de *Gini*³² appliqué à la santé.
- ▶ L'indice composite d'inégalité interindividuelle. Il s'agit d'une généralisation de l'indice de *Gini* appliqué à la santé qui compare l'état de santé de chaque individu à celui de toutes les autres personnes.
- ▶ L'indice composite des inégalités par rapport à la moyenne (OMS). Il confronte l'état de santé de chaque individu à l'état de santé moyen de la population [13].

Les indicateurs ainsi élaborés présentent l'avantage de n'imposer aucun mode de regroupement des individus et capturent l'ensemble des inégalités de santé, quels que soient leurs déterminants. Par conséquent, ils facilitent les comparaisons internationales et inter-temporelles. Ils prêtent cependant le flanc à la critique notamment d'un point de vue théorique. En effet, en agrégeant tous les déterminants des inégalités, ces indicateurs ne distinguent pas ceux liés à l'environnement des sujets, à leur patrimoine génétique ou simplement au hasard. Ceci, en soulevant des problèmes d'ordre normatif et positif (contre quelles inégalités doit-on et peut-on lutter ?), pose la question du caractère opérationnel de tel indicateurs, trop vastes. Surtout on peut noter que la santé n'est pas un bien ou une ressource comme les autres. On ne peut évidemment pas « redistribuer » la santé au sens où on l'entend du revenu et l'analogie des tenants de cette approche « pure » trouve ici sa limite. Pour ces raisons, et en dépit, de l'avantage conceptuel et analytique de cette approche, la littérature se concentre sur l'étude des inégalités de santé corrélées à d'autres inégalités socio-économiques.

Telle est la motivation de notre démarche, qui intègre l'indice de pauvreté comme principal déterminant des inégalités de santé au Sénégal, en attendant la prochaine évaluation des critères qui prendrait compte les spécificités locales.

³² Le coefficient de Gini est une mesure du degré d'inégalité de la distribution des revenus dans une société donnée, développée par le statisticien italien [Corrado Gini](#)
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

5.3 La subvention à l'activité des hôpitaux

Préalable d'une dotation à l'activité des établissements publics de santé, la subvention à l'activité est un mode de financement adapté aux enjeux actuels du secteur hospitalier sénégalais qui mobilise 57% des ressources allouées par l'administration centrale [6]. Ce dispositif, contrairement au budget global, se fonde sur l'activité réelle des établissements, rémunérée en fonction de coûts moyens nationaux par pathologie. Un établissement dont les coûts par pathologie, sont supérieurs aux coûts nationaux, ne bénéficiera pas pour autant d'un financement majoré : ce système est une incitation forte à la réalisation de gains de productivité par les hôpitaux et le vecteur d'une allocation plus équitable des ressources entre les établissements [26].

En substituant une logique de recettes à la logique de dépenses du système actuel, la tarification à l'activité inciterait les établissements à mieux connaître leurs coûts et à les maîtriser.

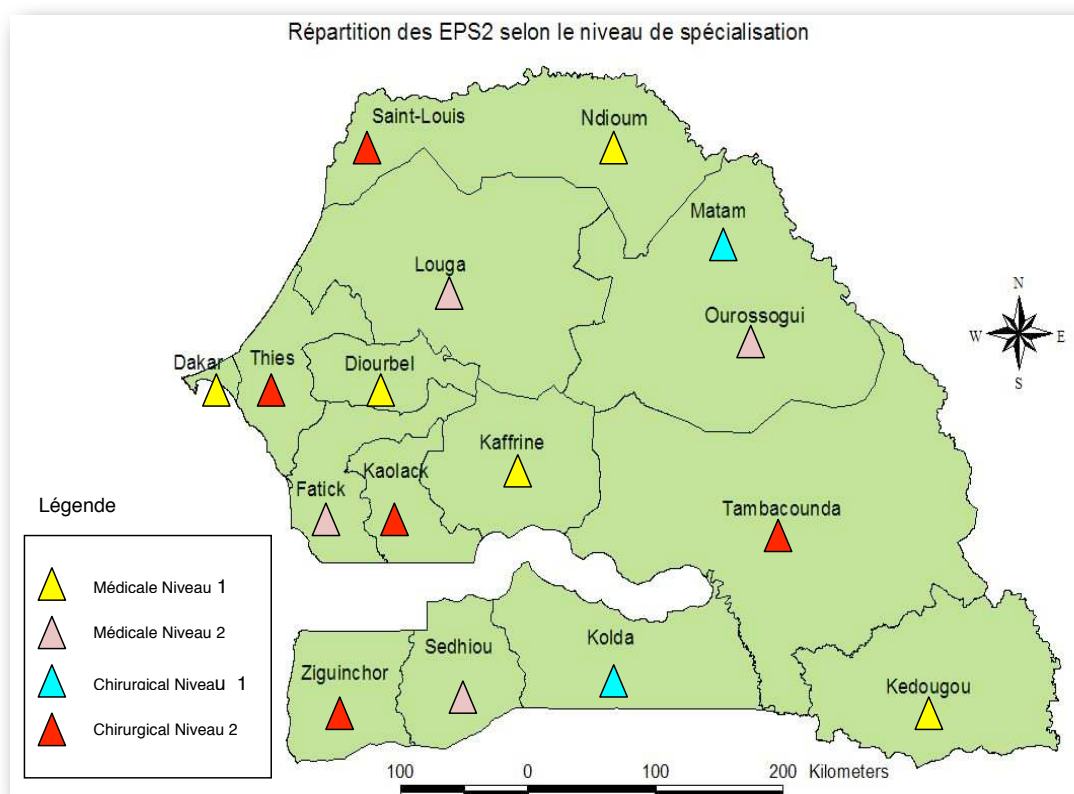


Figure 11 : Répartition des EPS-II par niveau

Toutefois, les conditions nécessaires à la mise en application d'une telle approche, résident sur la refonte du système d'information hospitalier et son informatisation, mais aussi l'effectivité de la comptabilité analytique, qui sont à cet égard, encore insuffisamment utilisés. Ces outils devraient être la base du pilotage financier des établissements, en association avec les données d'activités dont les traceurs seraient :

- l'hospitalisation en médecine ;
- les interventions chirurgicales ;
- l'obstétrique.

Cette plus grande transparence de l'activité hospitalière alimentera la réflexion stratégique des hôpitaux et favorisera les re compositions internes, en exerçant notamment un effet décloisonnant sur les services. En rapprochant le mode de financement du secteur public de celui du secteur privé, la tarification à l'activité facilitera par ailleurs la conduite des restructurations externes. Elle encouragera ainsi l'utilisation partagée des équipements médicaux, la mutualisation [21].

La tarification à l'activité permettra enfin un meilleur pilotage du sous-secteur hospitalier par la tutelle. Par son effet de transparence des coûts, elle développera en effet la possibilité de comparer les hôpitaux et constituera un outil d'aide à la décision lors de la négociation des contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements ou de la planification sanitaire.

Aujourd'hui, les Etablissements Publics de Santé mobilisent une grande part du budget du secteur selon le rapport sur les comptes nationaux de la santé 2005. Malgré tout, les plaintes des usagers sont récurrentes et le fardeau de la dette de plus en plus lourd et loin de justifier la qualité des prestations, dont se plaignent les usagers.

Dans la perspective d'une réforme des mécanismes de subvention des EPS, il est opportun d'anticiper sur les difficultés d'application et veiller à l'accompagnement du passage à la tarification à l'activité pour éviter l'apparition des effets pervers potentiels [26].

Le risque de sélection des patients et des pathologies, en fonction de la rentabilité présumée de l'acte de soins, doit être pris en compte. Il doit toutefois être relativisé, compte tenu de l'obligation générale d'accueil figurant parmi les missions premières du secteur public hospitalier. Il importe en revanche de tenir compte de la dispersion des coûts pouvant exister au sein d'un même groupe homogène de séjours (GHS), qui pourrait notamment pénaliser les patients les plus fragiles, pour lesquels une hospitalisation longue est attendue. Les tarifs doivent être en outre régulièrement adaptés dans le temps pour prendre en compte l'évolution des pratiques médicales, ce qui a été une des faiblesses de l'expérience américaine [12].

Le lien entre le financement et l'activité pourrait entraîner l'apparition d'effets inflationnistes, semblables à ceux qui existaient avec la tarification au prix de journée (gonflement artificiel de l'activité, fractionnement des séjours). Le maintien d'un financement par enveloppe globale pour l'accomplissement de certaines missions fait en outre courir le risque d'une surévaluation par les établissements du coût de ces activités, afin de compenser leur faible rentabilité globale. Si ces risques inflationnistes apparaissent limités à court terme, compte tenu notamment des contraintes qui pèsent sur l'offre, ils impliquent la fixation d'un objectif quantifié national pour le secteur public hospitalier, associé à un mécanisme de régulation prix-volume, assuré par l'adaptation de l'échelle nationale des tarifs [24].

L'exigence de réduction des coûts pourrait par ailleurs affecter la qualité des soins. Les établissements pourraient par exemple être tentés de diminuer excessivement la durée de séjour ou d'externaliser des activités peu rentables vers d'autres structures, notamment médico-sociales.

Préalables à court terme :

- Nomenclature des actes et évaluation des coûts par pathologie
- Harmonisation des procédures de gestion administrative et comptable

- Mise en place d'une comptabilité analytique
- Identification des usagers et prestataires pour l'historique médicale
- Harmonisation du système d'information hospitalier
- ...

5.4 Mode de calcul du score pour l'allocation des ressources

Trois scores sont calculés pour les critères d'allocation des ressources des structures porteurs d'objectifs : **Démographique ; Pauvreté ; Plateau technique**. Un score **Total composite** est également calculé pour chaque région administrative et laisse le soin de l'arbitrage intra-régional aux acteurs locaux, en attendant le prochain recensement démographique, qui établira avec précision la recomposition du poids démographique, notamment pour les départements.

A noter que le niveau central (directions et services nationaux) n'est pas concerné par ces calculs, ainsi que les EPS 2 et 3 qui devraient maintenir leur niveau de subvention pendant la période de transition devant les conduire vers la subvention à l'activité, annoncée plus haut.

L'alignement de l'arbitrage intra-sectoriel par rapport à la pyramide sanitaire devrait tendre vers son inversion, ce qui nécessite une période de transition à discuter au plus haut niveau politique dont l'amorce serait le transfert effectif de toutes les activités opérationnelles aux porteurs d'objectifs.

➡ **Principe de calcul**

Après analyse des différents paramètres pertinents pouvant entrer dans la structures des critères d'allocation du secteur de la santé, nous avons retenu dans le contexte actuel de maîtrise de l'information, les critères ci-après :

- le poids démographique = 500 points,
- l'indice de pauvreté = 300 points,
- et le plateau technique = 200 points.

La distribution des scores n'est pas définitive et son estimation vient de l'analyse factorielle qui a été faite sur les déterminants qui peuvent influencer les indicateurs de santé, dans le sens affiché par le PNDS-II.

Ainsi, à chaque région administrative (pour lesquelles on maîtrise les statistiques démographiques et de pauvreté, issues des derniers recensements) est affectée d'un «poids» démographique unique dérivé des données du dernier recensement. Le poids minimum est 0 et le plus élevé est respectivement 500, 300 et 200 pour la démographie, la pauvreté et le plateau technique³³.

Pour chaque composante, nous avons effectué la somme des poids affectés à chaque région. Le score est calculé en divisant cette somme des poids par le score maximum possible pour chaque composante et en exprimant le résultat en pourcentage.

Calcul du Score des nouveaux critères d'allocation :

Le score attribué à chaque région correspond à la somme des points liés au poids démographique, à la population pauvre et au plateau technique (nombre de centres de santé) qui représentent chacun une section.

Etant entendu que la répartition des 1000 points s'est faite sur la base des pourcentages suivants :

- ▶ *Poids démographique : 50% équivalent à 500 points*
- ▶ *Contribution à la pauvreté : 30%, pour 300 points*
- ▶ *Plateau technique : 20%, pour 200 points*

$$Ss = (Tr * Nbre\ points) \div Ts$$

Ss : Score par section.

Tr : Total Poids démographique, population contribuant à la pauvreté ou plateaux techniques existants pour la région sélectionnée

Nbre points : Nombre de points attribués à la section en question, soit 500, 300 ou 200

Ts : Total du poids démographique, de la population contribuant à la pauvreté ou des plateaux techniques existants pour l'intégralité du Sénégal

Score région = Somme (score population+ score pauvreté + score plateau technique)

Score = somme total section/1000

³³ Le type de Centre de santé n'a pas été jugé déterminant pour l'instant pour l'arbitrage intra-régional
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

Tableau n°10 : Clés de répartition du budget

REGIONS	POP	SCORE 1	POP. PAUVRES	SCORE 2	CS	SCORE 3	TOTAL	TEST/1 000 MF
DAKAR	2 622 408	113	482 523	105	19	48	266	268 964 654
DIOURBEL	1 319 308	57	167 552	37	4	15	105	104 986 203
FATICK	627 804	27	37 040	8	6	15	51	51 313 887
KAOLACK	1 250 428	54	165 056	36	7	18	109	108 736 413
LOUGA	777 085	33	39 631	9	5	15	56	55 601 706
SAINT LOUIS	1 370 968	59	117 903	26	8	20	107	106 985 941
TAMBACOUNDA	729 471	31	49 604	11	9	23	66	65 991 328
THIES	1 471 754	63	186 913	41	9	23	128	128 434 190
ZIGUINCHOR	474 374	20	30 834	7	5	13	41	40 994 613
KOLDA	971 986	42	98 171	21	2	10	68	67 991 065
TOTAL	11 615 586	500	1 375 228	300	74	200	1 000	1 000 000 000

L'arbitrage intra-régional et du District sanitaire, reproduisent les mêmes mécanismes énoncés, en toute transparence, pour allouer les ressources financières aux districts sanitaires et formations sanitaires de la zone de responsabilité, le tout, dans le respect des dispositions administratives.

Tableau n°11 : Simulation des critères sur le budget de fonctionnement 2008

REGIONS	POIDS DEMO	Sc 1	PAUVRE	Sc2	DOT INIT	NBRE CS	Sc CS	NBRE PS	SC3	PROJET
District Centre	331 487	17,58		13,13	210 669 000	4	13,56	8	44,27	357 013 514
District Nord	313 227	16,61		13,13	350 815 000	5	16,95	13	46,69	376 540 813
District Ouest	119 068	6,32		13,13	171 942 000	2	6,78	8	26,22	211 465 557
District sud	214 352	11,37		13,13	381 706 000	3	10,17	7	34,66	279 565 727
Guédiawaye	417 590	22,15		13,13	364 099 000	2	6,78	13	42,05	339 169 976
Districte de Mbao	215 059	11,41		13,13	300 097 000	1	3,39	15	27,92	225 190 722
District Pikine	434 293	23,04		13,13	342 919 000	1	3,39	22	39,55	318 976 610
Rufisque	281 493	14,93		13,13	392 810 000	1	3,39	31	31,45	253 610 455
DAKAR	2 326 569	123,4	482 523	105	2 515 057 000	19	64,41	117	293	2 361 533 374
Diourbel	238 256	12,64		9,25	128 887 000	1	3,39	15	25,28	203 862 562
Touba	305 265	16,19		9,25	258 379 000	1	3,39	17	28,83	232 528 274
Mbacké	108 468	5,75		9,25	138 851 000	1	3,39	17	18,39	148 340 687
Bambey	250 338	13,28		9,25	114 676 000	1	3,39	23	25,92	209 031 109

DIOURBEL	902 327	47,9	167 552	37,00	640 793 000	4	13,56	72	98,4	793 762 632
Fatick	192 883	10,23		1,33	117 793 000	1	3,39	31	14,95	120 605 178
Gossas	138 441	7,34		1,33	114 702 000	1	3,39	12	12,07	97 315 491
Guinguinéo	76 659	4,07		1,33	0	0	0,00	0	5,40	43 547 107
Sokone	80 598	4,28		1,33	107 496 000	1	3,39	13	9,00	72 570 893
Dioffior	51 081	2,71		1,33	89 775 000	1	3,39	10	7,43	59 943 846
Foundiougne	89 309	4,74		1,33	111 313 000	1	3,39	7	9,46	76 297 363
FATICK	628 971	33,4	37 040	8,00	541 079 000	5	16,95	73	58,31	470 279 878
Kasnack	409 342	21,71		9,00	127 987 000	1	3,39	23	34,10	275 035 035
Nioro	254 682	13,51		9,00	155 280 000	1	3,39	18	25,90	208 873 193
Kaffrine	327 685	17,38		9,00	159 249 960	1	3,39	16	29,77	240 103 071
Koungheul	109 229	5,79		9,00	109 493 000	1	3,39	14	18,18	146 650 004
KAOLACK	1 100 938	58,4	165 056	36	552 009 960	4	13,56	71	108	870 661 303
Louga	218 284	11,58		1,80	195 689 000	1	3,39	33	16,77	135 235 077
Dahra	86 139	4,57		1,80	123 938 000	1	3,39	11	9,76	78 704 903
Darou mousty	58 650	3,11		1,80	101 576 000	1	3,39	9	8,30	66 945 412
Kébémér	107 291	5,69		1,80	81 343 000	1	3,39	15	10,88	87 753 495
Linguère	84 687	4,49		1,80	102 762 000	1	3,39	7	9,68	78 083 754
LOUGA	555 051	29,4	39 631	9,00	605 308 000	5	16,95	75	55,39	446 722 641
Saint-louis	216 949	11,51		5,20	164 437 000	1	3,39	15	20,10	162 084 720
Richard-Toll	86 866	4,61		5,20	142 983 000	1	3,39	17	13,20	106 436 648
Dagana	67 088	3,56		5,20	93 582 000	1	3,39	12	12,15	97 975 837
Podor	177 052	9,39		5,20	176 722 000	1	3,39	26	17,98	145 017 224
Matam	294 454	15,62		5,20	209 554 960	1	3,39	29	24,21	195 240 504
SAINT LOUIS	842 409	44,7	117 903	26	787 278 960	5	16,95	99	87,63	706 754 933
Tambacounda	281 345	14,92		2,75	92 777 000	1	3,39	13	21,06	169 873 555
Goudiry	91 390	4,85		2,75	112 833 000	1	3,39	6	10,99	88 612 901
Bakel	64 123	3,40		2,75	128 281 000	1	3,39	18	9,54	76 948 379
Kédougou	81 182	4,31		2,75	107 269 000	1	3,39	12	10,45	84 246 031
TAMBA	518 040	27,5	49 604	11,00	441 160 000	4	13,56	49	52,04	419 680 866
Joal	56 028	2,97		5,13	103 650 000	1	3,39	6	11,49	92 639 622
Khombole	119 666	6,35		5,13	126 864 000	1	3,39	15	14,86	119 863 257

Mbour	180 795	9,59		5,13	336 233 000	1	3,39	23	18,10	146 013 569
Mékhé	174 378	9,25		5,13	100 346 000	1	3,39	13	17,76	143 268 447
Poponguine	38 504	2,04		5,13	85 801 000	1	3,39	8	10,56	85 143 048
Tiadiaye	121 287	6,43		5,13	130 335 160	1	3,39	7	14,95	120 556 702
Thiès	398 540	21,14		5,13	260 804 000	1	3,39	7	29,65	239 162 478
Tivaouane	221 734	11,76		5,13	176 153 000	1	3,39	19	20,28	163 526 821
THIES	1 310 932	69,5	186 913	41	1 320 186 160	8	27,12	98	137,7	1 110 173 944
Ziguinchor	257 077	13,64		2,33	147 735 000	1	3,39	42	19,36	156 131 587
Oussouye	49 734	2,64		2,33	82 399 000	1	3,39	22	8,36	67 432 539
Bignona	237 075	12,58		2,33	148 882 000	1	3,39	80	18,30	147 574 952
ZIGUINCHOR	543 886	28,9	30 834	7,00	379 016 000	3	10,17	144	46	371 139 078
Kolda	148 599	7,88		7,00	154 027 000	1	3,39	26	18,27	147 362 207
Sedhiou	383 900	20,36		7,00	0	0	0,00	0	27,36	220 682 654
Vélingara	164 666	8,73		7,00	129 009 000	1	3,39	16	19,12	154 235 493
KOLDA	697 165	37	98 171	21	283 036 000	2	6,78	42	63,8	514 215 431
TOTAL	9 426 288	500	1 375 227	300	8 064 924 080	59	2E+02	840	1000	8 064 924 080

Sc1: score démographique - Sc2: score pauvreté - Sc3: Score du district

6. Analyse de l'opinion des différentes parties prenantes

6.1 Caractéristiques des personnes enquêtées

Les personnes interviewées dans le cadre de l'étude, étaient souvent à la fois des témoins privilégiés (pour la plupart en tant qu'administrateur de crédits) et des détenteurs d'enjeux des réformes budgétaires que le secteur a connu depuis l'avènement du PNDS, et par conséquent, elles ont été à chaque fois, interrogées pour chacun des rôles qu'elles ont joués.

Les tableaux n°11 et n°12 présentent les caractéristiques des personnes interviewées et si l'on tient compte du fait qu'un sujet interrogé pouvait appartenir à plusieurs catégories de répondants, 57 profils ont été capitalisés en interrogeant 84 témoins privilégiés. Parmi ces témoins, il n'a pas été possible d'interroger des représentants de la coopération bilatérale.

Pour les détenteurs d'enjeux, 23 profils ont été couverts en interrogeant 11 personnes et nous avons pu interroger des personnalités de l'exécutif et du législatif, ainsi que de hauts fonctionnaires du Ministère de l'économie et des finances qui interviennent à divers niveaux du dispositif de l'arbitrage du budgétaire.

Au sein de cette population objet de l'étude, la représentation des femmes atteignait 23%, les médecins et pharmaciens 55%, les administrateurs des services de santé 32% et les acteurs en dehors du secteur 13% sur un échantillon : n = 137.

Tableau n°12 : Profils des informateurs clés

TÉMOINS PRIVILÉGIÉS	INTERVIEWÉS
Cabinet du Premier Ministre	2
Assemblée Nationale	2
Collectivités locales (Association des maires du Sénégal)	1
Hauts fonctionnaires du Ministère des finances, Collectivités locales	5
Conseil régional de Dakar	1
Chef de file des bailleurs de fonds (OMS)	1
TOTAL	
Secrétaire Général du Ministère de la santé	1

TÉMOINS PRIVILÉGIÉS	INTERVIEWÉS
Directeur de cabinet du Ministre de la santé	1
Conseiller technique du Ministre de la Santé	2
Coordonnateurs, Directeurs, chefs de services centraux	49
Directeurs d'EPS	7
Médecins-Chef de Région	6
Médecins-Chef de District	8
Administrateurs de services de santé	38
Universitaires influents	13
TOTAL	137

Tableau n°13 : Profil des répondants et contribution respective aux questions de recherche

GROUPE	OBJET	PRÉVU	SÉLECTION	POSITION DANS LE SYSTÈME	IMPLICATION DANS L'ALLOCATION DES RESSOURCES
Témoins	Analyse de l'allocation des ressources Analyse des expériences de mécanismes alternatifs d'allocation des ressources	150	120	Acteurs institutionnels, professionnels et communautaires placés au cœur des réformes budgétaires et des arbitrages intra-sectoriels	Inspirateur, initiateur, exécutant, bénéficiaire, victime
Détenteurs	Identification des options préliminaires de réformes des mécanismes d'allocation des ressources publiques dans le secteur Analyse des positions des différentes parties prenantes de la gestion stratégique du secteur et relativement aux options préliminaires	25	17	Personnes qui détiennent le pouvoir politique, exécutif, législatif et financier	Capacité d'influer sur les décisions politiques et les choix des options d'allocations des ressources

Les informateurs clés interrogés sont pour l'essentiel des témoins privilégiés, notamment les administrateurs des crédits du secteur de tous les niveaux du système santé. S'agissant des détenteurs d'enjeux, les politiques sont bien représentés comme l'illustre la figure n°11 ; ils sont suivis de près par les élus (pouvoir législatif et pouvoir décentralisé).

Cet échantillon, représentatif de la chaîne de décision du système de santé a été mis à contribution pour mieux appréhender les mécanismes d'arbitrage à tous les niveaux, ainsi que l'identifica-

tion des obstacles potentiels aux perspectives de réformes des critères d'allocation des ressources du secteur.

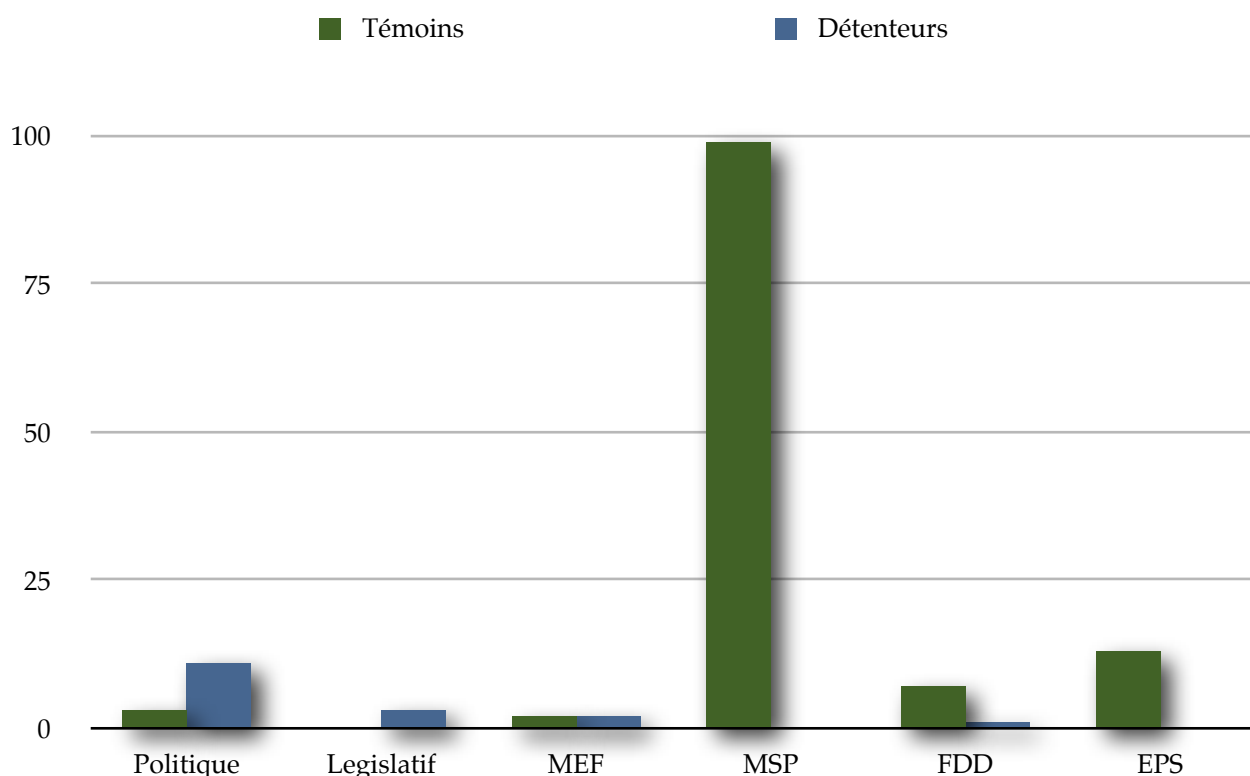


Figure n°12 : Profil des informateurs clés

Les établissements publics de santé (EPS) représentent aussi une part importante de l'échantillon qui se justifie par l'importance des ressources qui leur sont allouées, et la récurrence de leurs difficultés structurelles à l'origine de presque tous les mouvements d'humeur connus par le secteur, ces dernières années. En effet, le sous-secteur hospitalier qui mobilise près de 40% du budget du secteur peine encore à satisfaire les exigences des usagers et du ministère et perturbe l'organisation du système de santé, malgré toutes les mesures entreprises pour inverser la tendance. Il s'y ajoute l'absence de critères objectifs d'allocation des ressources aux hôpitaux et de lisibilité sur les mécanismes d'arbitrage dans le sous-secteur.

Le fonds de dotation (FDD), objet de controverse entre élus locaux et administrateurs des services de santé périphériques, a du mal à être mobilisé effectivement au point de compromettre le fonctionnement régulier des formations sanitaires, qui répercutent les charges aux populations.

Cette situation compromet les politiques d'accès initiés par le Ministère pour relever le niveau de couverture active.

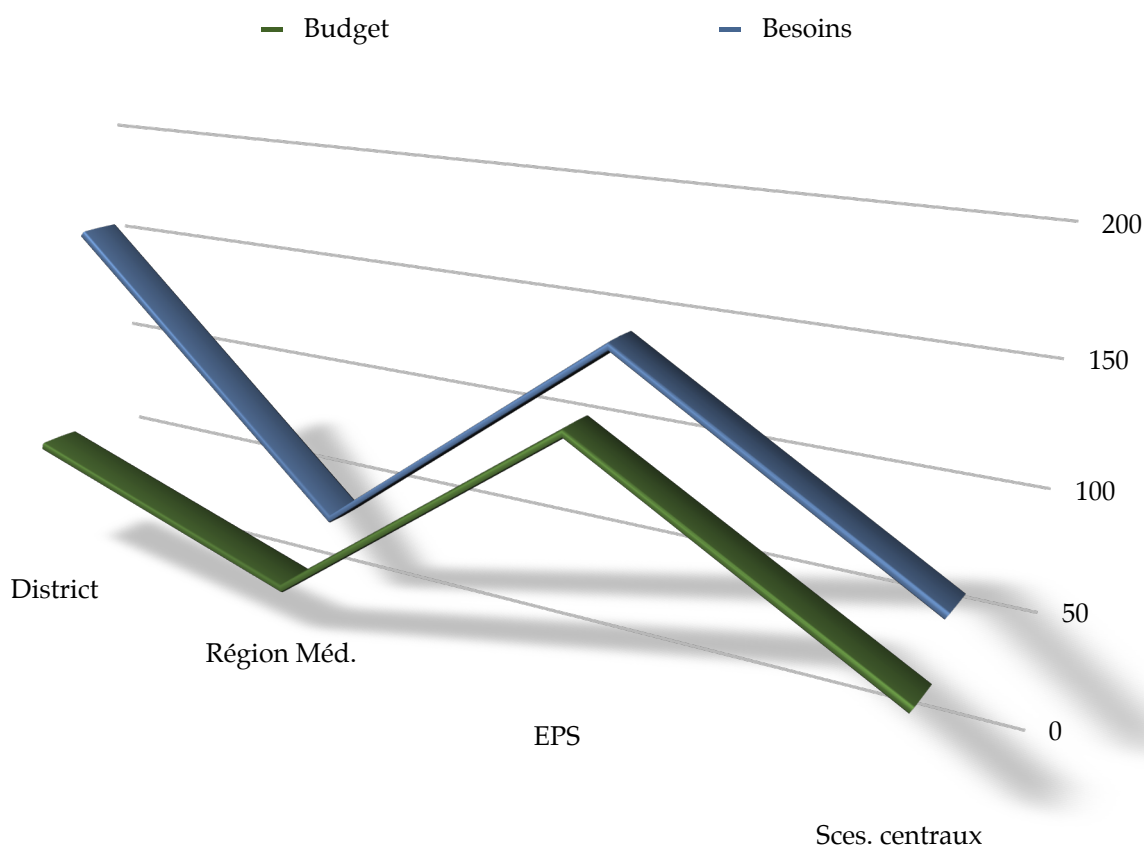


Figure n°13 : Ecart entre le budget reçu par niveau et les besoins exprimés

Toutes structures bénéficient d'une ligne de crédit sur le budget de fonctionnement de l'Etat, en plus du fonds de dotation et du BCI pour certaines structures du niveau central et décentralisé. Les partenaires contribuent à l'appui institutionnel des services centraux et surtout au niveau opérationnel, à travers les programmes prioritaires de santé.

Des écarts importants entre les fonds reçus et les besoins exprimés ont été observés comme l'illustre la figure n°12 et façon plus marquée, au niveau opérationnel (districts sanitaires et hôpitaux), mais la contribution des populations à l'effort de santé n'a pas été fait mention dans l'appréciation. La majorité des témoins, administrateurs de crédits considèrent à 91,7% que le budget alloué par l'Etat ne correspond pas aux besoins exprimés, avec des écarts qui varient de 24% à 71% selon le niveau.

Et il semblerait que l'atteinte des objectifs soit fortement tributaire de l'alignement du budget alloué à l'expression des besoins, surtout pour les porteurs d'objectifs.

La faible utilisation de la comptabilité analytique et du tableau de bord prospectif, est symptomatique du niveau de pilotage du secteur et explique en partie les difficultés structurelles que connaissent certains sous-secteurs comme les hôpitaux. En effet, 97% des témoins affirment ne pas disposer ni de comptabilité analytique, ni de tableaux de bord prospectifs.

Par ailleurs, 97,8% des témoins disposeraient d'outils de planification, et le CDSMT figure en tête de liste, suivi de près par le PTA. Toutefois, le suivi dynamique de la mise en oeuvre des plans se heurte à l'absence d'un cadre formel qui permet le retour d'informations pour d'éventuels ajustements.

Concernant l'arbitrage intra-sectoriel et la maîtrise des critères : la plupart des informateurs clés participe activement au processus mais seuls 37% maîtriseraient les critères d'arbitrages, souvent à la discrétion du Cabinet et de la DAGE. Pour preuve, 93% jugent les critères d'arbitrages et d'allocation des ressources peu satisfaisants.

Sur les perspectives de réformes des critères d'allocation des ressources du secteur, tous les informateurs clés se disent favorables et proposent pour l'essentiel, la population de référence comme principal critère pour allouer les ressources du niveau opérationnel, suivis respectivement par le plateau technique (37%) et l'indice de pauvreté de la région (35%), et la figure n°13 l'illustre parfaitement.

Ces critères sont objectifs, mais si l'estimation de la population et l'appréciation de l'indice de pauvreté sont relativement faciles, la classification des établissements par leur plateau technique est un exercice incertain dont il faut définir les contours avec objectivité et s'inscrire dans une dynamique de subvention à l'activité au même titre que les établissements publics de santé.

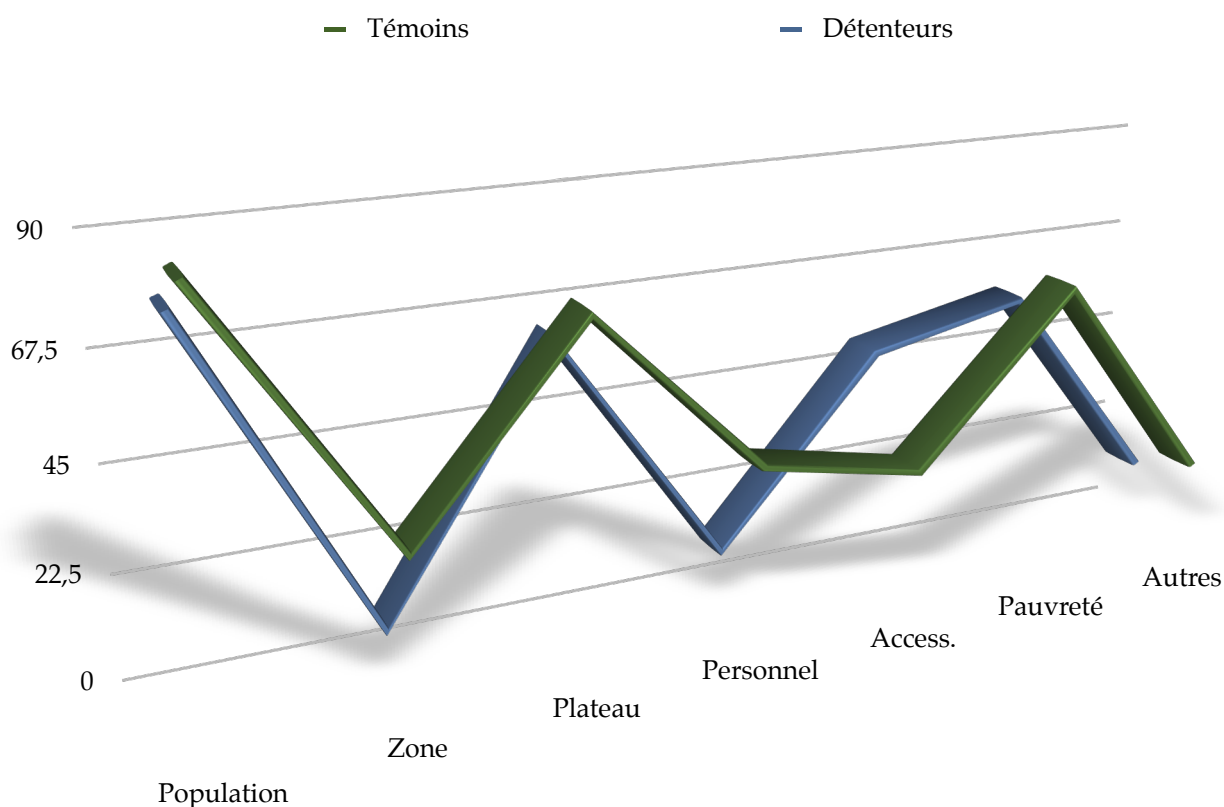


Figure n°14 : Fréquence des critères d'allocation proposés par les informateurs

Les informateurs estiment dans leur grande majorité (97,8%) que l'application des critères proposés devraient concerner les principales sources de financement du secteur à savoir, le budget de l'Etat (BF, BCI, FDD), les fonds des collectivités locales et la participation des populations à l'effort de santé. Seule la contribution des partenaires au développement n'a pas fait l'unanimité (47%), quant à l'application desdits critères sur ces fonds. Cela s'explique sans doute, par l'absence de maîtrise des procédures des partenaires, dont l'intervention au niveau opérationnel est négociée en général, au niveau central, avec des axes d'intervention déjà définis.

Quant à la mise en application de la réforme des critères d'allocation des ressources, tous les informateurs estiment qu'il est nécessaire d'observer une période de transition de 2 ans en moyenne (87%) au cours de laquelle, une bonne stratégie de communication devrait être déployée pour son appropriation par les acteurs. Ils estiment aussi que lesdits critères devraient être régulièrement ré-évalués, et la périodicité de 3 ans a été proposée par la majorité des interviewés.

6.2. Analyse des besoins de santé et maîtrise des dépenses de santé

De nombreux auteurs définissent les besoins de santé comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité³⁴ par la collectivité ou les pouvoirs publics. La question la plus difficile, soulevée par la quantification des besoins de santé, réside dans la référence à choisir comme norme d'état de santé souhaité. Ce dernier variable dans le temps et dans l'espace, diffère selon les situations démographiques et économiques des collectivités qui doivent le définir. La quantification des besoins de santé «ne va pas de soi» et n'est pas uniquement de nature technique et scientifique. Elle nécessite un travail sur divers jeux d'indicateurs et d'en confronter les résultats, ainsi que l'ouverture d'un débat avec l'ensemble des acteurs. Finalement, énoncer les besoins de santé relève aussi de choix politiques, éthiques et philosophiques³⁵.

Cette définition qui renvoie à la définition de la santé qui selon l'OMS est un «état de complet bien-être physique, mental et social». Cette conception positive, socio-médicale et très large de la santé souhaitée aboutit à des besoins de santé qui peuvent être infinis et donc difficilement appréhensibles.

Les besoins de santé sont approchés en considérant qu'ils sont inversement proportionnels à l'état de santé de la population, état de santé constaté, ce que l'on peut mesurer par des indicateurs de mortalité mais surtout de morbidité comme l'incidence et la prévalence des pathologies³⁶ à potentiel épidémique [17].

Cependant, la plupart des mesures d'incidence et de prévalence qui sont fortement dépendantes de la consommation de soins qui ne sont pas disponibles en routine et complexifient d'avantage le problème auquel il faut apporter une réponse, c'est-à-dire l'épidémiologie des régions administratives du Sénégal, pour en tenir compte dans l'allocation des ressources.

De plus, la santé dépendant de nombreux déterminants autres que le système de soins : génétique, environnement, condition sociale, etc.

³⁴ R. Pinault, C. Daveluy (1995). *La planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal, Québec, Editions Nouvelles

³⁵ Chantal Cases et Dominique Baubeau, Drees, France

³⁶ J. Deschamps, V. Merckx, R. Senault (1982). «Services de santé et détermination des besoins de santé». La revue du Praticien 32 (33):2245-50

Les réponses à apporter aux besoins de santé en général pour atteindre un état de santé optimal ne sont pas seulement de type sanitaire mais aussi environnementales, sociales et médico-sociales³⁷.

C'est la raison pour laquelle dans une optique de planification sanitaire des services et des équipements de santé, et tout en étant conscient de l'interdépendance avec les autres dimensions de la santé, il est plus pragmatique de s'intéresser tout d'abord aux besoins de soins plutôt qu'aux besoins de santé³⁸. La définition donnée par les anglo-saxons des besoins de soins (*Healthcare need*) renvoie directement à l'offre sanitaire : capacité d'une population à bénéficier de soins³⁹.

Les données de l'annuaire statistique du secteur⁴⁰, n'a pas permis d'appréhender l'offre de soins, dans une dimension qui autorise sa prise en compte actuelle dans les critères d'allocation des ressources ; alors que l'offre projetée qui se substitue à la demande à satisfaire, est un critère majeur.

La maîtrise des dépenses de santé constitue un problème récurrent pour ne pas dire, le noeud gordien de l'épanouissement de notre système de santé. En effet, les dépenses de santé renvoient à une multitude de dimensions selon le périmètre qu'elles recouvrent. Initialement, elles se réfèrent bien entendu à l'état de santé, évoqué précédemment. Partant de cette définition de l'état de santé qui ne consiste pas seulement, en une absence de maladie ou d'infirmité, les dépenses de santé englobent alors, non seulement les coûts liés aux soins, aux produits de santé et à la santé publique, mais aussi tous ceux ayant un impact sur les dimensions psychiques et sociales du **capital santé** [21].

Retenir une approche aussi vaste de la santé apparaît comme trop complexe du point de vue de la comptabilité nationale, seuls les moyens (infrastructures, biens et services) principalement desti-

³⁷ R. G. Evans, G. L. Stoddart (1996). Produire de la santé, consommer des soins. *Etre ou ne pas être en bonne santé*.

³⁸ M. Gadrea, D. Jaffre (1998). *Les apports théoriques et appliqués d'une estimation des besoins hospitaliers*. 5ème colloque géographie et socio-économie de la santé : allocation des ressources et géographie des soins, Paris

³⁹ A. Stevens, J. Raftery, J. Mant, S. Simpson, A. Boulton (2003). Health Care Needs Assessment. Department of public health and Epidemiology of the Birmingham University

⁴⁰ Version 2005

Analyse de l'allocation des ressources de la santé

nés à la santé sont donc comptabilisés dans les comptes de la santé, dont l'exercice est à ses débuts⁴¹. Ce choix pragmatique opéré, appel à une certaine réflexion des administrateurs des services de santé pour éviter de négliger les déterminants non médicaux de la santé et leur rôle crucial sur l'état de santé des populations, renvoyant au débat entre santé et médecine. Finalement, les dépenses de la santé sont devenues pour le secteur, des dépenses de soins.

La maîtrise des dépenses de santé s'inscrit donc avant tout, dans une dynamique de planification, une question concernant les dépenses financées par la collectivité et donc les dépenses publiques de santé. Il convient naturellement, de ne pas négliger les répercussions des dépenses privées sur les dépenses publiques, tout particulièrement la contribution des ménages à l'effort de santé, qui constitue la seconde source de financement, derrière l'Etat⁴². Toutefois, le concept de maîtrise des dépenses de santé qui consiste à encadrer à la hausse ou à la baisse leur croissance, renvoie à la notion de régulation des systèmes de santé. Or, toute politique de santé cherche à respecter un équilibre délicat entre trois objectifs :

- le réalisme macro-économique ;
- l'efficacité micro-économique ;
- l'équité sociale.

La régulation étant destinée à l'atteinte de ces objectifs, et le réalisme macro-économique qui impose le respect des grands équilibres et la couverture des dépenses par les recettes à long terme, exige un système de financement de la santé en cohérence avec nos réalités [9].

L'efficacité micro-économique exige un niveau satisfaisant de soins en accord avec les aspirations des patients, un système performant, la productivité des structures de soins et le bannissement des gaspillages. Elle relève de la question de la meilleure allocation des moyens à un coût donné.

⁴¹ Compte nationaux de la santé du Sénégal, année 2005 - CAFSP, 2009

⁴² CNS 2005, page 37 - Analyse des agents de financement
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

Enfin, l'équité sociale devrait se traduire par un accès égal aux soins sur tout le territoire sénégalais, la compensation des effets d'antisélection et d'antiredistribution et une répartition géographique équitable des moyens.

Les principaux éléments pour atteindre ces trois grands objectifs reviennent à s'interroger sur les moyens de tendre vers un système de santé optimale, c'est-à-dire réaliste, efficient et équitable.

Ainsi, une régulation efficace pour notre pays, passera nécessairement par la mise en place simultanée de plans d'actions complémentaires de politiques de maîtrise des dépenses de santé (notamment pour le sous secteur hospitalier), fondées sur des instruments de rationalisation macro-économique et de mesures de maîtrise médicalisée des dépenses de santé au niveau micro-économique, tout en améliorant (a minima en préservant) l'équité [12].

Toutefois, les politiques de régulation fondées, sur le contrôle de l'évolution des coûts liés aux biens et services de santé à l'image de certaines nations développées, mais sont-elles légitimes, tant d'un point de vue sanitaire, économique, social que politique ? Pourquoi faudrait-il limiter une consommation de services portée par le progrès technique et faisant l'objet d'une demande croissante [23] ?

Le chapitre 7 tente d'apporter des éléments de réponse en démontrant qu'il ne s'agit pas d'un problème de contrôle des dépenses, mais bien de celui de la recherche d'une meilleure efficacité.

7. Préalables aux réformes des critères d'allocation

Les préalables recensés qui ont été recensés pour progresser dans une réforme des mécanismes d'allocations des ressources du secteur sectoriel concernent essentiellement le processus d'élaboration du budget et de sa maîtrise, qui prennent en compte les bonnes pratiques de programmation et de suivi de l'exécution budgétaire à tous les niveaux de l'organisation du système de santé.

7.1 Périmètre

Ayant noté la récurrence lors de nos entretiens avec les informateurs clés, de la difficulté d'établir une distinction précise entre les notions de budget et de plan, ainsi qu'un amalgame fréquent entre les deux notions. Ainsi, nous avons jugé opportun de stabiliser les définitions conceptuelles pour faciliter la communication. Alors nous considérons *le budget* comme étant la formalisation chiffrée de l'ensemble des plans d'action concourant à la réalisation d'objectifs sur une période, d'un an (le plus souvent, mais parfois moins), et *le plan* comme une prévision pluriannuelle : le budget pouvant se confondre avec la première année du plan.

➔ **Budget** : horizon de prévision à un an sauf exception. La période de référence peut être différente en fonction des exigences de l'environnement mais concernant la nomenclature de l'Etat, il s'agit de l'état des recettes et des dépenses sur une année.

➔ **Plan** : horizon de prévision pluriannuel permettant de vérifier que le déploiement des stratégies adoptées conforte le secteur dans la réalisation de ses objectifs à moyen terme.

Pour parvenir à délimiter le champ du processus budgétaire et éclairer ses relations avec d'autres processus connexes, nous proposons la modélisation ci-après :

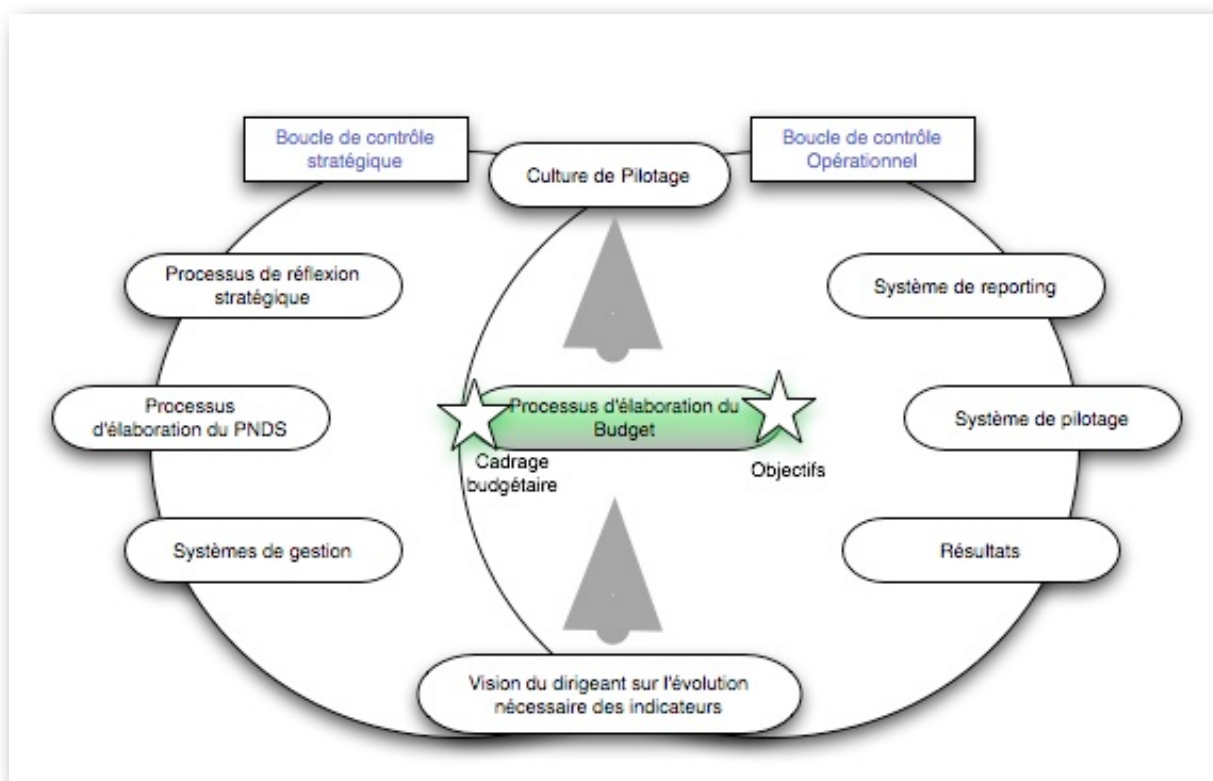


Figure n°15 : Modélisation du processus budgétaire

Le graphique n°15 modélise et positionne le processus budgétaire à l'interconnexion de la boucle de contrôle stratégique et de boucle de pilotage opérationnel en tant que pivot central à ces deux boucles. Par rapport à des modélisations classiques fondées sur l'enchaînement logique des activités, et la notion de «*feedback*», cette présentation insiste sur le côté itératif permanent de ces activités, et la notion d'équilibrage consubstantielle au processus budgétaire [18].

7.2 Définition et schéma de principe

S'appuyant sur cette modélisation, et sur des définitions existantes du budget⁴³, le groupe de recherche s'est arrêté à la définition suivante :

Le budget est la synthèse formalisée et chiffrée qui après discussion et négociation entre un secteur et le Ministère de l'Economie et des Finances, traduit sur une période, d'un an les ressources, les plans d'action, et les résultats attendus, en ligne avec les objectifs à moyen terme du secteur.

Cette définition coïncide avec le schéma de principe du processus budgétaire (figure n°15) : Orchestrer, allouer, réagir et communiquer.

⁴³ H. Bouquin, J. Lochar
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

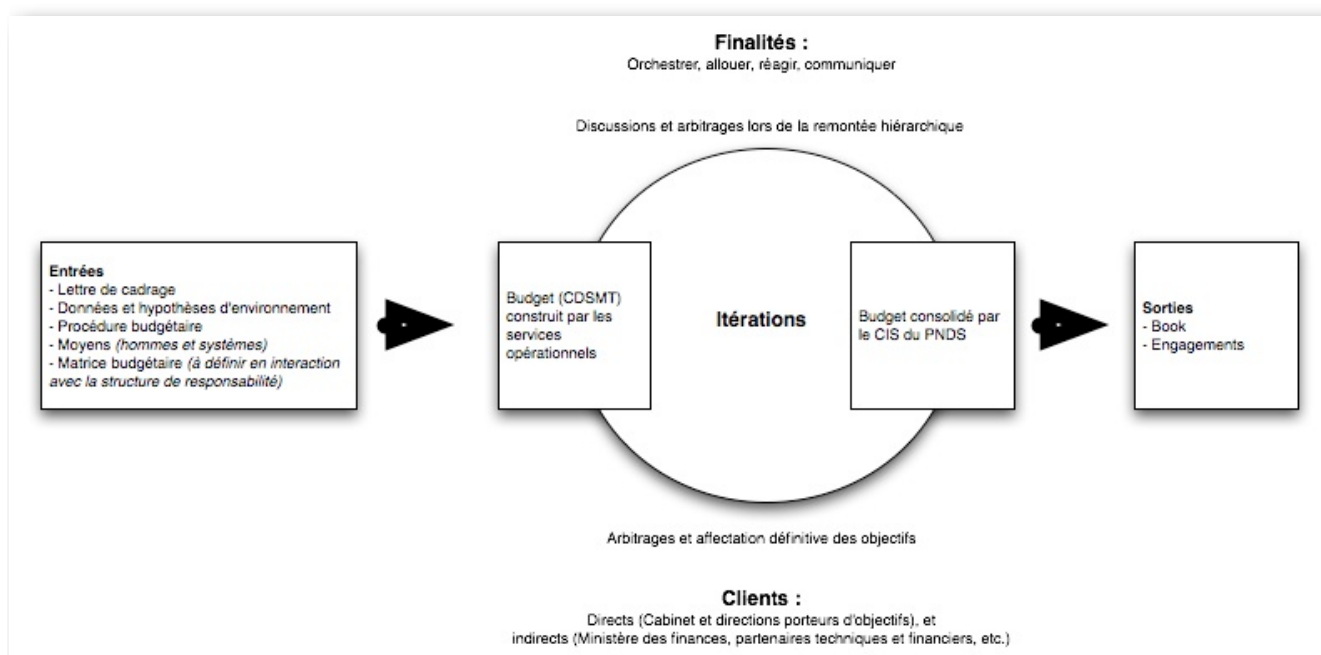


Figure n°16 : Schéma de principe du processus budgétaire

7.3 Finalités de l'étude

L'objectif de cette partie du travail a été d'identifier les bonnes pratiques permettant de conjuguer au mieux les attentes des centres de responsabilités et des partenaires techniques et financiers vis-à-vis de l'optimisation du processus budgétaire du secteur.

Les principales étapes de l'élaboration du budget sont décrites dans le tableau n°14, ci-dessous :

Tableau n°14: Principales étapes dans l'élaboration du budget

ÉTAPES	DESCRIPTIONS	INTERVENANTS
1. Préparation des règles de gestion	Mise à jour des règles de gestion par rapport à la construction du budget de l'année précédente	• CIS • Contrôle de gestion opérationnel
2. Diffusion des instructions budgétaires de la hiérarchie	• Rappel des attentes du MSP (objectifs opérationnels dans la lettre de cadrage) • Définitions des règles générales d'organisation et les responsabilités ainsi que des indicateurs de suivi de la performance • Procédure à suivre (qui fait quoi, concepts et définitions, modèle de budget à respecter, calendriers)	• CIS • CAS/PNDS

ÉTAPES	DESCRIPTIONS	INTERVENANTS
3. Construction du budget par les directions et services opérationnels	• PTA des centres de responsabilité • Chiffrage • Articulation des budgets de fonctionnement de fonctionnement, du FDD, des populations et des partenaires financiers (Bailleurs, ONG, etc) • Synthèses : résultat et trésorerie pour chaque centre de responsabilité	• Districts sanitaires • Régions médicales • Centre de responsabilité
4. Consolidation des budgets	• Remontée et discussion tout au long de la ligne hiérarchique • Consolidation pour avoir une vue d'ensemble du secteur • Vérification de la cohérence interne par sous-secteur • Appréciation du degré de réalisme des PTA et de leur sensibilité aux variables	• CAS/PNDS • Régions médicales et ARD
5. Discussion et approbation	• Comparaison du budget des centres de responsabilités avec les objectifs du MSP • Itérations, arbitrages du CIS et approbations des budgets	• CIS • Contrôle de gestion opérationnel • Centres de responsabilité
6. Finalisation du support de référence : PTA	• Réalisation du support de référence • Diffusion du support aux centres de responsabilités et partenaires	• CAS/PNDS
7. Actualisation	• Réajustements des budgets	• CAS/PNDS

Les bonnes pratiques de construction du budget ont fait l'objet de remarques générales sur l'identification des clients des processus :

- les clients directs (utilisant «en primaire» le processus budgétaire pour leurs propres besoins) ;
- les clients indirects (concernés par certains résultats du budget).

➡ Clients directs :

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Comité Interne de Suivi	• Vérifier que les objectifs donnés peuvent être atteints • Définir les moyens à mettre à disposition du secteur • Piloter la réalisation des objectifs • Communiquer vers les clients indirects
Porteurs d'objectifs (centres de responsabilité)	• Comprendre ce que l'on attend d'eux • Négocier et arbitrer afin d'aboutir à la conclusion d'un contrat explicite entre le MSP et les porteurs d'objectifs • Evaluer la capacité de leur PTA, à délivrer les résultats attendus dans un environnement donné et avec les moyens alloués • S'associer aux orientations stratégiques du PNDS au travers de propositions de développement de l'activité et de l'élaboration de nouveaux projets

➡ Clients indirects :

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Centres de responsabilité	Le budget doit servir de support de communication interne du MSP pour démontrer l'engagement du Cabinet et de ce fait valider les attentes des centres de responsabilité
Partenaires techniques et financiers (Bailleurs de fonds)	L'évolution du cadre de partenariat a radicalement transformé les relations entre le MSP et les bailleurs, ainsi le budget permet aux bailleurs de : • Se rassurer de la solvabilité de l'offre de soins • Mieux comprendre le secteur et ses problématiques, et d'adapter en conséquence leur cadre de partenariat
Populations	Sans vraiment être communiqué dans le détail aux populations, le budget permet de répondre à leurs attentes et d'éclairer leurs réflexions pour l'exercice du contrôle citoyen

La bonne pratique pour optimiser le processus budgétaire consiste à afficher les finalités recherchées et à en limiter le nombre. Limiter l'éparpillement permet de se concentrer sur les objectifs principaux et de restreindre les coûts associés. A cet effet, nous avons retenu quatre principales finalités au service du pilotage du système :

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Orchestrer	• Mettre en ordre de marche l'organisation • Supporter la réalisation des objectifs par des PTA explicites • Mettre en place le dispositif de suivi des opérations
Allouer	• Répartir les objectifs et les ressources qui sous-tendent les actions
Réagir	• Mettre en place un référentiel permettant de mesurer les performances du secteur • Corriger la trajectoire par rapport aux dérives • Mettre à disposition du MSP un mécanisme de pilotage permettant : - Au Cabinet du Ministre et à la CAS/PNDS d'obtenir en permanence une information fiable sur l'atteinte des objectifs et de pouvoir communiquer en interne et en externe sur les résultats - De planifier et déléguer le pilotage des actions nécessaires à l'atteinte des objectifs
Communiquer	• Officialiser en interne la fixation des objectifs de chaque année et donc le niveau de performance à atteindre • Prévenir les surprises et permettre l'ajustement éventuel des attentes lors des réunions du CIS • S'assurer que les objectifs et les orientations cibles du MSP sont correctement communiqués aux acteurs concernés

La Cellule d'appui et de suivi du PNDS agissant par délégation et pour le compte du Ministre de la santé, développe et met en oeuvre les aspects pratiques du processus pour tous les centres de responsabilités. Ces travaux visent prioritairement à satisfaire les exigences du PNDS et éventuellement traitent des spécificités de certaines entités [7].

Comme indiqué dans le schéma de principe du processus n°3, celui-ci comporte plusieurs entrées pour lesquelles, nous avons identifié à chaque fois, les bonnes pratiques correspondantes et leur justification. On les retrouve dans les tableaux 15, 16, 17 et 18.

Tableau n°15 : Lettre de cadrage

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Existence d'une lettre d'orientation ou cadrage préalable au processus de planification qui est signée par le Ministre de la santé, et adressée aux porteurs d'objectifs. Elle comporte notamment les points suivants : - Rappel des principaux objectifs du plan ; - Information sur les changements majeurs d'approche et de responsabilités nécessaires à la construction et à l'analyse budgétaire par rapport à l'exercice précédent ou aux pratiques de gestion antérieures ; - Description des bases de mesure de la performance et des cibles à atteindre pour la période.	• Comprendre et décliner les attentes du Cabinet du Ministre, attentes qui selon la nature des activités peuvent être différenciées d'un sous-secteur à l'autre • Définir la nature et le contenu du message que le Cabinet du Ministre souhaite transmettre • Appliquer une approche managériale synthétique et adaptée à la structure et à la culture du secteur • Confirmer la base de déclinaison des objectifs • Communiquer auprès des responsables les principaux changements et leurs justifications en utilisant un langage commun et uniforme
Tenir compte des données, des hypothèses et des contraintes pour répondre au mieux aux attentes des clients et adapter les stratégies budgétaires en conséquence. Cette approche implique une : - Considération de l'environnement socio-économique et épidémiologique ; - Prise en compte de toutes les modifications internes et externes encourus ou futures ; - Elaboration d'analyses de sensibilité permettant d'estimer les impacts de variation et fixation d'un jeu central d'hypothèses cohérentes.	Ces données et hypothèses varient selon : • Type de partenaires techniques et financiers (multilatéral, bilatéral, ONG, Agence d'exécution, etc) ; • Culture d'entreprise (délégation, centralisation, vision du Top management...) ; • Prise en compte de l'évolution des besoins de soins en cours d'année, dans l'élaboration du processus budgétaire.

Tableau n°16 : Matrice budgétaire

La matrice budgétaire, structure de construction et d'analyse, comporte des éléments et des méthodes, jugés indispensables au pilotage des résultats et plus spécifiquement :

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Définition des éléments de la matrice budgétaire	• Délimiter le périmètre opérationnel de la matrice (bilan, compte de résultats, tableau de financement, éléments non financiers : processus- métier - produits...)
Définition du niveau d'action pour atteindre les objectifs en fonction de la répartition des responsabilités, de la structure de l'organisation et de la délégation managériale	• Adapter si nécessaire la matrice budgétaire aux capacités d'action des porteurs d'objectifs (systèmes d'information...)

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Dimensionnement de la granularité afin d'optimiser l'efficacité du pilotage de l'activité et des contrôles mais aussi de se limiter à l'information utile et nécessaire L'orientation managériale au regard de la <i>culture de l'entreprise</i> doit conduire à l'élaboration d'un niveau de granularité dimensionné soit par un choix de : -responsabilisation par objectif ; -l'instauration d'un processus approfondi de contrôle des destinations analytiques	• Définir la granularité en fonction des niveaux de responsabilité et de délégation accordés • limiter la granularité à la satisfaction des exigences des besoins des clients • Maîtriser les coûts liés à la gestion et à la maintenance de la matrice au travers de sa granularité • Alimenter les destinations analytiques en phase « Réel » ne doit pas systématiquement impliquer une alimentation en phase budget • Construire la structure de la matrice à partir de trois composants : cellule de base - composant de la cellule (nature analytique) - agrégats
Communication de la performance en interne et en externe	• Evaluer la performance de l'activité • Exploiter la matrice budgétaire, en interne, pour gérer les ressources et l'activité, en externe, pour commenter la performance du secteur

La lettre de cadrage et la disponibilité de la matrice budgétaire ne sont pas des éléments suffisants pour l'élaboration efficace du budget du secteur. Ces éléments indispensables sont à compléter par des procédures de gestion qui devront être émises par la DAGE, en accord avec le Comité Interne de Suivi du PNDS, quant au processus d'arbitrage.

Tableau n°17 : Procédures de gestion

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Formalisation de la procédure budgétaire Fixation des règles de gestion de la matrice budgétaire de façon partagée au regard du « Réel » (la Comptabilité de la DAGE devant s'organiser pour fournir un réel pour chaque case de la matrice)	• Décrire le rôle des acteurs au sein du processus • Définir la nature et le contenu des documents à fournir ou à mettre à disposition • Etablir et formaliser le niveau de granularité • Instaurer des règles d'arbitrage lors de la phase de validation par niveau • Elaborer un langage commun et une logique de construction partagée • Interpréter et analyser l'activité en fonction des méthodes de gestion du CDMT • Traduire de manière détaillée et opérationnelle les décisions tant au niveau des données épidémiologiques qu'au sein de la matrice budgétaire • Respecter les rôles fondamentaux de chaque fonction, le contrôle de gestion de la DAGE permet que chaque case de la matrice soit alimentée au niveau prévisionnel, la Comptabilité en fait de même au niveau du « Réel » • Veillez à la cohérence des formats avec ceux communiqués aux partenaires techniques et financiers
Constitution de scénarii alternatifs et formalisation des commentaires	• Associer à la remontée des données du budget de référence les dépendances clefs • Formaliser des scénarii alternatifs en cas de changements significatif du contexte (exemple d'une épidémie)
Changement régulier des règles de gestion budgétaire	• Garantir que la matrice budgétaire se calque bien sur l'activité et qu'elle prend en compte l'évolution permanente des besoins opérationnels, sans pour autant grossir de façon incontrôlée
Calendrier	• Fixer un échéancier tout au long du processus • Veiller à l'instauration et au respect des délais • Se focaliser sur une cible préalablement définie • Identifier et intégrer les composantes qui se différencient du cycle principal

L'élaboration du budget est un processus consommateur de ressources et d'attention managériale, au niveau de la CAS/PNDS et de la DAGE, mais aussi des services opérationnels et du Cabinet. Pour améliorer l'efficacité d'ensemble, il importe donc de limiter la période de temps et les moyens humains qui y sont consacrés au juste nécessaire, en les calibrant qualitativement en fonction des enjeux et en mettant à leur disposition des outils d'information performants.

Tableau n°18 : Moyens

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Dimensionner le nombre et la qualité des effectifs en fonction de besoins justifiés par l'importance des choix décisionnels	• Constituer une équipe restreinte, flexible capable de communiquer efficacement avec les responsables opérationnels • Orienter le profil des ressources vers l'analyse prospective • Maîtriser les outils de bureautique et les systèmes d'Information en place
Structurer l'animation du réseau de gestion	• Constituer un langage commun de gestion • Faciliter la communication interne et l'échange d'Information • Maîtriser et coordonner les ressources de «contrôle de gestion» affectées au processus pour limiter l'auto-alimentation en charge de travail
Disposer de systèmes d'information de gestion performants	• Mettre à disposition de la CAS/PNDS, de la DAGE et des porteurs d'objectifs des outils permettant une analyse et une simulation pertinente de l'activité • garantir une architecture du système d'information articulée autour d'outils transactionnels, comme fournisseurs de données sources, alimentant des outils d'aide à la décision et de reporting souples

L'élaboration du budget correspond à un temps fort de communication au sein du Ministère de la santé, qui doit être mis à profit pour raffermir les relations entre le niveau central et les structures périphériques, porteurs des objectifs du secteur. Pour tout à la fois faciliter le pilotage ultérieur, et retrouver éventuellement les raisons des décisions prises au cours de cette période, il importe de formaliser ces sorties :

Tableau n°19 : Sorties

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Emission d'un support de référence pour le pilotage de l'activité qui reprend l'ensemble des objectifs (financiers et techniques), des ressources validées et arbitrées par le CIS et les principales actions qui sous-tendent l'atteinte des objectifs	• Mettre à disposition du CIS un support unique et exhaustif qui puisse apporter le confort d'analyse requis en réponse à ses attentes et renseigner sur l'importance des risques pris • Utiliser ce support comme vecteur d'élaboration de la communication externe auprès des institutions et des partenaires techniques et financiers afin de justifier l'atteinte des objectifs et de répondre à leurs questions • Clôturer la phase de négociation entre le CIS et les porteurs d'objectifs pour aboutir à l'élaboration d'un «contrat» validé par toutes les parties • Etre capable de suivre et expliquer la réalisation ou non du budget • Produire un document de référence qui n'empêche pas de réactualisations ultérieures

Une bonne pratique générique du management par les processus est d'associer à chaque processus des indicateurs de performance quantitatifs et qualitatifs couvrant à la fois les domaines de l'efficacité, de l'efficience et de la satisfaction des acteurs impliqués.

En effet, le pilotage par les résultats passe par un changement de culture : plus d'évaluation, plus d'imputabilité et de transparence et un rôle des communautés locales renforcé. Il s'agit de faire en sorte que le pilotage par les résultats passe du discours à la réalité ? La tâche est rude car elle correspond à un changement de culture et d'habitude des acteurs du système. Ce changement passe par l'instauration d'une culture de l'évaluation et par une amélioration de *«l'imputabilité»* (le fait de rendre des comptes) des acteurs. Les résultats de la revue documentaire ont montré que les résultats actuels du système de santé ne savent pas toujours répondre aux problèmes d'inefficience (peu de résultats malgré les moyens élevés) de certaines structures notamment, les hôpitaux [19].

Nous avons identifié 3 pré-requis pour le changement de culture :

- collecte annuelle des informations sur l'activité des structures de santé ;
- mise en place des systèmes et habitudes de gestion efficace :

- amélioration de l'équité dans la distribution des ressources ;
 - permettre aux structures de santé de recevoir effectivement les ressources ;
 - incitation aux «bonnes pratiques» des acteurs ;
- renforcement du rôle des communautés [14].

Tableau n°20 : Indicateurs de performance

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
• Satisfaction du <i>client</i> • Souplesse, simplicité, adaptabilité du processus et capacité à «faire tourner rapidement» • Adaptation du processus aux évolutions éventuelles du secteur et des priorités • Maîtrise des coûts/qualité/délais de prise en charge • Implications des acteurs	Les critères de performances sont induits par la valeur ajoutée attendue du processus : • Animer le management autour de l'activité ; • Limiter l'inflation des demandes d'informations ; • Piloter la performance de l'activité et anticiper son évolution ; • Fixer les priorités d'utilisation des ressources ; • Réagir judicieusement aux changements de périmètres ; • Dimensionner la «maille» budgétaire en ligne avec les effets attendus de génération de la performance ; • Eviter la bureaucratie «lourdeurs administratives».
Outils d'évaluation de la performance • Questionnaires de satisfaction (prestataires et usagers) • Benchmarking interne et externe • Evaluation périodique du processus par un «œil extérieur»	

7.4 Budget et stratégie

Dégager les bonnes pratiques sur les relations entre budget et les stratégies du secteur, nécessite de s'arrêter d'abord sur la façon dont les informateurs clés ont compris ces deux termes.

Nous proposons de différencier réflexion stratégique et plan : la réflexion stratégique est continue, elle dure toute l'année même si elle peut s'exprimer de façon privilégiée à certaines dates alors que le plan est une version formalisée et chiffrée construite avant le budget à l'image du CDSMT [17]. Le plan permet de vérifier une première fois la cohérence des stratégies des centres de responsabilité. Il est validé par les plus hautes instances hiérarchiques.

Nous avons réuni les bonnes pratiques autour de 5 axes :

1. le budget comme outil de déclinaison et d'aménagement des stratégies ;
2. les moyens pour transcrire les stratégies dans le budget de façon efficace ;
3. les règles à instituer pour la convergence ;
4. la prise en compte des variations de l'environnement dans le budget ;
5. les pratiques budgétaires adaptées aux différentes stratégies.

7.4.1 Budget comme outil de déclinaison et d'aménagement

Dans une perspective traditionnelle, le budget correspond à la déclinaison du plan stratégique du secteur (et généralement sur base historique comme précédemment évoqué dans l'analyse SWOT). Cependant, du fait du décalage temporel plan/budget, et parce que le budget fait intervenir un plus grand nombre d'opérationnels, des éléments de stratégie non prévus dans le plan et Travail Annuel peuvent apparaître, à la marge, dans le budget. La construction du budget permet de conforter la cohérence et la faisabilité du plan stratégique : le PNDS.

Tableau n°21 : Budget comme outil de déclinaison et d'aménagement des stratégies

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Le plan est un chiffrage de la réflexion stratégique qui est elle-même construite en écoutant les responsables opérationnels (même si certaines décisions ne peuvent être prises qu'en central)	Contribution des opérationnels aux stratégies, indispensable du fait de leur connaissance approfondie du terrain.
Le budget décline le PNDS sauf dans le cas d'une rupture majeure	Mise en cohérence de l'ensemble de l'organisation avec la volonté stratégique des dirigeants.
Le plan stratégique n'impose pas un cadrage trop fin	Construit ainsi, le plan ne rend pas impossible toute initiative des acteurs opérationnels tendant à amender à la marge et par l'intermédiaire du budget, ce qui a été décidé dans le plan.
Le budget peut conduire à redéfinir à la marge des stratégies, mais pas le plan, ce dernier étant déjà bouclé.	Compte tenu de l'aspect séquentiel plan/budget, on ne peut revenir sur le plan après le budget ; mais les changements apportés par le budget pourront être intégrés dans le plan suivant.

7.4.2 Moyens pour transcrire les stratégies dans le budget

Nous avons essayé de donner des moyens opérationnels permettant de transcrire les stratégies dans le budget : une procédure cohérente de planification/budgétisation, des indicateurs clés contenus dans le plan, une lettre de cadrage, des plans d'action, doivent aller dans ce sens.

Tableau n°22 : Moyens pour bien transcrire les stratégies dans le budget

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Respecter une cohérence entre la procédure de planification et la procédure de budgétisation.	• Disposer d'un processus fluide et unifié, d'informer les acteurs et de faciliter la coordination entre eux. • Eviter la multiplication des procédures émises sur un même sujet par des acteurs différents.
Le plan fait ressortir les indicateurs clés et les niveaux de performance attendus du secteur	• Permettre, à travers les indicateurs, de faire le lien avec la lettre de cadrage.
Les indicateurs doivent être de nature financière et non sanitaires (principalement épidémiologique)	• Les partenaires techniques et financiers demandent ces deux types d'indicateurs. • Les indicateurs non financiers facilitent le suivi du long terme et aide à traduire le plan stratégique en budget.

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Suivi du CDSMT	• Eviter les dérives stratégiques. • Se limiter aux projets majeurs pour limiter la lourdeur de ce type de suivi.
La lettre de cadrage reprend les éléments du CDSMT et les formalisant et elle est diffusée à tous les responsables de niveau N-1, les quels peuvent à leur tour diffuser une lettre de cadrage adaptée au niveau N-2 Elle comprend la définition de l'ambition globale du secteur ainsi qu'une partie adaptée à l'entité à laquelle elle est destinée	• Garantir la bonne diffusion sans déformation des conclusions contenues dans le CDSMT.
Le budget doit être accompagné d'un plan d'action qui permet d'établir le lien avec le plan stratégique et la lettre de cadrage Le document contient : les hypothèses, les projets et les actions à entreprendre Au minimum, un plan d'action doit accompagner les budgets à enjeu majeur ou les plus sensibles	• Rentrer dans le contenu opérationnel évite de se limiter à une gestion par les chiffres. • Utiliser le plan d'action comme support de discussion du budget, il permet de vérifier la cohérence des chiffres avec la stratégie. • Permettre à la DAGE en charge du contrôle de gestion de se crédibiliser face à l'acteur opérationnel.

7.4.3 Budget comme outil de déclinaison et d'aménagement

Le budget est porteur de nombreux enjeux qui peuvent faire perdre de vue le fait qu'il doit converger avec la stratégie. Nous proposons donc quelques bonnes pratiques, dans le tableau n°23 qui nous semblent devoir permettre de ne pas oublier la stratégie, lors de la négociation budgétaire.

Tableau n°23 : Budget comme outil de déclinaison et d'aménagement des stratégies

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Le budget est comparé à la première année du plan	• Vérifier que le budget s'inscrit bien dans le cadre des ambitions stratégiques du CDSMT.
Les écarts plan/budget ne sont pas nécessairement déclinés au niveau le plus fin de l'organisation et des éléments de suivi budgétaires	• Ré-affecter les efforts si nécessaire au niveau individuel ou collectif. • Si la ré-affectation est collective, trouver un moyen de faire converger les actions vers le plan.

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Cycle de planification du budget	Ce calendrier est proposé en essayant d'éviter deux écueils : - Une trop grande lenteur dans la construction du budget qui permet de consulter tout le monde peut aboutir à un budget trop tardif ou qui commence trop tôt et risque de ne plus être pertinent lors de sa mise en oeuvre ; - Une construction trop rapide peut se faire au détriment de la consultation des opérationnels. Le budget doit être approuvé avant le début de l'exercice.

7.4.4 Prise en compte des variations potentielles de l'environnement

Au cours d'un exercice, en fonction des opportunités et menaces qui apparaissent, les stratégies et l'environnement changent, comment le budget peut-il permettre de prendre en compte ces évolutions des stratégies ?

Tableau n°24 : Budget comme outil de déclinaison et d'aménagement des stratégies

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Une seule version détaillée du budget est construite et officialisée, puis des scénarii alternatifs peuvent être élaborés pour les rations essentiels et exploités en cas de variation significative du contexte.	Une référence budgétaire unique est une condition d'efficacité (sauf lors d'une crise majeure) autant en terme de management que de communication.

7.4.5 Adaptation du processus budgétaire à la stratégie du secteur

Au niveau du secteur, toutes les unités opérationnelles n'ont pas la même zone de responsabilité, la même taille de la population de référence, le même indice de pauvreté... Faut-il avoir un processus budgétaire différent pour chaque centre de responsabilité ? Au cours du temps, les facteurs clés de succès du secteur peuvent évoluer, cela doit-il se traduire dans le budget ? Telles sont les questions auxquelles nous essayons de répondre dans le tableau n°25.

Tableau n°25: Adaptation du processus budgétaire

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Chaque centre de responsabilité, quelle que soit sa spécificité, doit établir son budget dans le cadre du référentiel commun défini par le secteur	• Faciliter l'agrégation des données et la communication entre divisions opérationnelles. • Permettre de mesurer la contribution de chaque entité du secteur • Eviter à certains centres de responsabilité de se sentir discriminés ou de se sentir négligeables pour le secteur. • Tenir compte de la démographie, du plateau technique, de la complexité de l'entité contrôlée en ayant des degrés d'exigence différents selon les centres de responsabilité, notamment dans la revue budgétaire.
Le référentiel proposé aux responsables de niveau N-1 ne va pas au-delà de ce que les responsables de niveau N (CIS) sont en mesure de traiter et d'exploiter	• Limiter le nombre de lignes imposées au strict nécessaire.
Adaptation du référentiel en fonction des évolutions stratégiques et supprimer les éléments devenus inutilisés	• Piloter et montrer que la stratégie évolue.

7.5 Utilisation du budget

Elaborer un budget en recourant à de bonnes pratiques, veiller à ce que ce budget soit correctement interfacé avec les stratégies sont des sujets importants sur lesquels nous avons travaillé, mais au-delà de sa valeur propre, le budget ne révèle toute sa valeur ajoutée qu'au travers de l'utilisation qui en est faite ultérieurement, après que le «book» ait été constitué. Cette utilisation sera facile si elle a été correctement incorporée dans la phase d'élaboration du budget [18].

C'est le but de cette partie où nous revenons successivement sur :

1. la gestion de la performance ;
2. le pilotage des risques ;
3. les responsabilités et les décisions ;
4. la motivation des ressources humaines ;
5. l'amélioration de la lecture de l'activité ;
6. la périodicité du découpage budgétaire ;

7. le lien entre budget et consolidation ;
8. l'actualisation du budget ;
9. son utilisation en tant que support de communication et de «Benchmarking».

7.5.1 Gestion de la performance

Tableau n°26 : Gestion de la performance

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Analyse critique de l'activité réalisée, anticipation du résultat des actions planifiées et éventuels ajustements d'objectifs	• Analyser le réel au regard du budget (analyse d'écarts, évolutions des tendances...) • Identifier les vecteurs d'amélioration et les leviers de croissance de l'activité.

7.5.2 Pilotage des risques

Tableau n°27 : Pilotage des risques

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Maîtrise les risques inhérents à la construction et à l'utilisation du budget	• Identifier les leviers qui pourraient biaiser la cohérence de sa construction et fausser son analyse. • Réserver des enveloppes budgétaires d'ajustement pour se protéger de certains risques potentiellement sous-évalués comme les épidémies.
Elaboration d'une communication interne sur le processus budgétaire et utilisation en adéquation avec la culture du Ministère	• Eviter la rupture de cohérence entre l'utilisation macroscopique et celle détaillée afin de garantir la bonne compréhension des ajustements à tous les échelons de la hiérarchie.

7.5.3 Responsabilités et décisions

Tableau n°28 : Responsabilités et décisions

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Reflet du périmètre de responsabilité des acteurs	• Traduire le contrat entre le responsable en charge d'un centre de responsabilité et son supérieur hiérarchique en mentionnant les indicateurs de performance retenus et le niveau d'atteinte des objectifs communément fixés.

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Constitution d'un rappel des fondements et du chiffrage des plans d'actions ou PTA	Rappeler les hypothèses de construction et de chiffrage des plans d'action : • Mettre en oeuvre des plans d'action ; • Analyser le réel au regard du budget ; • Entreprendre des actions correctrices.
Utilisation des budgets transverses selon le découpage des responsabilités et la structure de la matrice organisationnelle	• Utiliser ces budgets de manière uniquement informative ou les limiter à la seule responsabilité du secteur ou d'une direction fonctionnelle. • Réviser périodiquement ces types de budget en fonction des préoccupations du secteur.
Aide à la prise de décision	• Fournir par le biais d'indicateurs choisis, un cadre méthodologique qui aide à la lecture de l'activité. • Associer conjointement les éléments exogènes au processus budgétaire (CNS) afin de permettre aux responsables de prendre la décision adéquate.

7.5.4 Motivation des ressources humaines

Tableau n°29 : Motivation des ressources humaines [26]

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Utilisation d'une partie du budget comme vecteur de motivation des ressources humaines Evaluation du niveau d'atteinte des objectifs	• Favoriser l'appropriation du budget par les responsables comme outil de gestion opérationnelle et d'évaluation de leur propre performance en adéquation avec leurs attentes. • Rendre l'activité lisible et compréhensible par la grande majorité du personnel.
Savoir dissocier lorsque nécessaire le processus d'évaluation individuelle ou collective du niveau d'atteinte des objectifs	• Juger la performance individuelle et collective à partir d'indicateurs pertinents et pour lesquels le responsable dispose de leviers d'action significatifs afin d'influencer le résultat. • Associer les éléments de reconnaissance en fonction de l'atteinte du niveau de réalisation des objectifs (récompense ou sanction) et en se gardant des effets pervers d'une approche trop mécaniste ou individualiste.

7.5.5 Amélioration de la lecture de l'activité

Tableau n°30 : Lecture de l'activité

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Mise à disposition des utilisateurs de l'information et des indicateurs strictement nécessaires au pilotage de leur activité à tous les niveaux de la matrice organisationnelle	• Constituer un référentiel pertinent d'indicateurs qui facilite la lecture de l'activité par les responsables opérationnels et qui est en adéquation avec leurs capacités d'action. • Utiliser une arborescence d'indicateurs composites communs par composante à tous les niveaux de responsabilité du MSP. • Eviter la démultiplication des données estimées non nécessaires à la lecture de l'activité. • Rappeler les hypothèses de construction du budget (contraintes, chiffrages, arbitrages et justifications).
Consolidation des données à travers des agrégats en fonction des périmètres de responsabilité	• Alléger le processus de construction en amont lors de la contribution à la réflexion stratégique et lors de l'élaboration des grandes orientations de la CAS/PNDS. • Dissocier l'utilisation macroscopique destinée au CIS et celle détaillée pour les opérationnels (orienté sur le contrôle de gestion de la performance). • Assurer la traçabilité des données du réel afin d'éviter la rupture du flux d'informations lors de sa phase consolidation, assurant ainsi à chaque niveau de responsabilité des paliers de consolidation et de recouvrements cohérents.

7.5.6 Périodicité du découpage

Tableau n°31 : Agenda

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Sélection d'une périodicité du découpage budgétaire (mensuel, trimestriel, ...)	• Répondre à un besoin de compréhension de l'activité qui permet de tenir compte des éventuels phénomènes de saisonnalité liés à l'épidémiologie.
Conserver une annualisation du budget	• Justifier le cadrage de l'information budgétaire avec l'information comptable. L'activité économique pouvant occulter le cycle annuel jugé parfois trop long.
Interrogation systématique sur l'intérêt de découper le budget par période avant son approbation finale	• Minimiser les transferts de flux de données lors de la construction budgétaire et valider l'approche globale (annuel consolidé) avant le découpage par période.

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Capacité d'analyse selon la périodicité du découpage du budget dans un délai tel qu'il permette d'entreprendre les actions correctrices éventuelles pour que leurs effets puissent se matérialiser avant la fin de la période suivante	• Favoriser la réactivité.

7.5.7 Lien entre budget et consolidation statutaire

Tableau n°32 : Budget et consolidation statutaire

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Elaboration d'un référentiel d'indicateurs communs entre le budget et la consolidation statutaire	• Utiliser le résultat et les indicateurs du reporting pour réaliser les arbitrages et comprendre la structure du MSP. • Rassurer les clients du processus sur la qualité et la cohérence de l'information financière. • Eviter l'utilisation d'un processus de consolidation trop contraignant au regard de l'information réellement nécessaire.
Proscrire l'harmonisation systématique des règles et des procédures entre le processus budgétaire et la consolidation comptable, en maintenant toutefois des points de contrôle pour déceler les anomalies éventuelles	• Justifier cette distinction par les différences de la finalité d'utilisation de ces deux processus : le processus budgétaire offre une lecture économique et managériale de l'activité tandis que le processus de consolidation répond à une normalisation comptable et réglementaire.
S'interroger sur l'opportunité de dissocier l'activité inter-sectorielle du reste de l'activité	• Effectuer un netting par grandes entités économiques afin de remonter l'information strictement utile plus rapidement ? • Dépasser le cadre des procédures comptables et de consolidation afin de se focaliser sur les performances du secteur. • Effectuer le calcul des marges dans le processus inter-sectoriel uniquement si celles-ci sont significatives pour le pilotage de l'activité.

7.5.8 Actualisation du budget

Tableau n°33 : Actualisation du budget

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Actualisation périodique du budget	• Prendre en compte l'évolution majeure d'éléments exogènes qui discréditent sensiblement le budget le budget. • Utiliser dès lors le budget uniquement en tant qu'outil de prévision et non en tant qu'outil de gestion de la performance. • Réduire le niveau de granularité de l'actualisation budgétaire en raison de son utilisation restreinte et diminuer ainsi la charge de travail associée, également permettre une meilleure réactivité.

7.5.9 Support de communication et benchmarking

Tableau n°34 : Communication et benchmarking

BONNE PRATIQUE	JUSTIFICATION
Faciliter la lecture et la communication transversale au sein du MSP	• Garantir la diffusion d'une même culture d'entreprise (ex : via les systèmes d'information) et permettre d'apporter des éléments de comparaison internes / externes. • Développer un langage commun au sein des différentes activités.
Assurer que les indicateurs utilisés véhiculent la culture de l'entreprise au sein du MSP	• Vérifier l'adéquation entre les indicateurs communs du MSP et ceux utilisés par les opérationnels. • Décliner au niveau le plus fin de la matrice budgétaire certains indicateurs de référence communs et compréhensibles par l'ensemble du MSP.

L'issue des entretiens a permis de dégager des bonnes pratiques, souvent du bon sens et dont la synthèse, malgré nos efforts, ne reflète que partiellement la richesse des échanges avec les informateurs clés. Il importe donc d'en retracer les axes majeurs :

➡ contrairement à d'autres processus, le processus budgétaire n'est pas normalisé. L'organisation de ses activités apparaît donc très liée aux spécificités du secteur (la culture d'entreprise, les caractéristiques) et d'une certaine façon l'optimisation du processus budgétaire est fonction de cette adéquation. Pour autant, les bonnes pratiques dégagées constituent dans leur ensemble, une logique de cohésion du processus garantissant par la même, une des valeurs fondamentales pour atteindre les objectifs du secteur [24].

➡ Le processus budgétaire apparaît en effet comme un processus organisé de communication dont un des buts au moins, est l'appréciation et l'appropriation réciproque des enjeux par les dirigeants et les responsables opérationnels ; il est donc le véhicule privilégié de la mise en oeuvre et de la gestion opérationnelle des stratégies du secteur pour fédérer les clients institutionnels et le grand public autour des valeurs essentielles, comme *«la santé pour tous»*.

➡ Il constitue un vecteur de cohérence dans le déploiement des stratégies au service des objectifs du PNDS, en même temps qu'un moyen de valider l'adéquation de ces stratégies ; voire d'intégrer des stratégies émergentes nées de la connaissance du terrain par les opérationnels.

➡ Dans ces deux dimensions, le processus budgétaire constitue donc un moyen majeur pour la mise sous tension des services opérationnels du secteur de la santé et la diffusion assumée du changement au travers de ces services.

Ces caractéristiques lui confèrent une place centrale dans les dispositifs de maîtrise de la gestion et d'optimisation de la performance, ce qui devrait le prémunir contre tout risque de bureaucratisation, laquelle constitue son risque principal de dépérissement.

Le déploiement des bonnes pratiques recensées devrait contribuer à rétablir le processus budgétaire dans son rôle central d'animation de gestion dans un monde en bouleversement permanent.

8. Contrôle du service public de santé et le cadre de performance

Il existe structurellement une tension entre l'universalité du service public de santé, garantie de manière générale par la puissance publique, et la prestation locale de ce service (les formations sanitaires doivent être là où sont les populations, c'est-à-dire partout). En fait, il s'agit plus que d'un risque mais d'une certitude tant que des populations sont exclues du système de santé. La tension demeurera toujours, mais une manière de la réduire est de repenser la structure de responsabilité au sein des systèmes, pour qu'elles portent les objectifs ultimes du système (pilotage par les résultats, contrats d'objectifs moyens ou de performance,...). C'est la justification du présent chapitre dont l'ambition est d'apporter des précisions sur le contrôle citoyen, garant de la bonne utilisation des ressources allouées au secteur de la santé.

8.1 Définition des responsabilités

La question des responsabilités mérite d'être précisée, et le rapport de la HAS France⁴⁴, propose aussi à cet égard un paradigme commode pour repenser la fourniture des services de santé par rapport aux rôles respectifs de trois acteurs : l'utilisateur, le commanditaire, et le prestataire.

L'utilisateur, le plus intéressé à la bonne marche du service de santé, dispose en général «une «route longue» du contrôle sur le prestataire, celle qui va d'abord du citoyen vers le gouvernement (commanditaire) puis retourne au niveau de l'établissement de santé via un circuit qui varie du pur administratif hiérarchique à des formes diverses de contractualisation [8].

Mais cette route longue, indispensable dans le cadre d'un traitement démocratique des grands choix de politique sanitaire, est inopérante pour ce qui est du contrôle de proximité. C'est là qu'intervient la «route directe» du contrôle local par la communauté, l'une des voies saluées comme potentiellement la plus susceptible de «rendre aux pauvres» (mais aussi aux moins pauvres) le contrôle sur le service qui leur est destiné.

⁴⁴ Haute Autorité de la Santé de la France
Analyse de l'allocation des ressources de la santé

Dans ce schéma (Figure n°17), on distingue bien la position différente du bloc commanditaire et du bloc prestataire. Cela est parfois évident, par exemple lorsque l'Etat est commanditaire, et que le privé ou le communautaire est prestataire. Mais parfois, et cela s'avère souvent un choix valide, notamment au niveau des postes de santé, l'Etat est à la fois commanditaire et prestataire. Dans ce cas, il est alors primordial de distinguer fonctionnellement l'un et l'autre des rôles, comme condition d'évaluation sereine de la prestation, faute de quoi la route «*longue du contrôle*» serait inopérante.

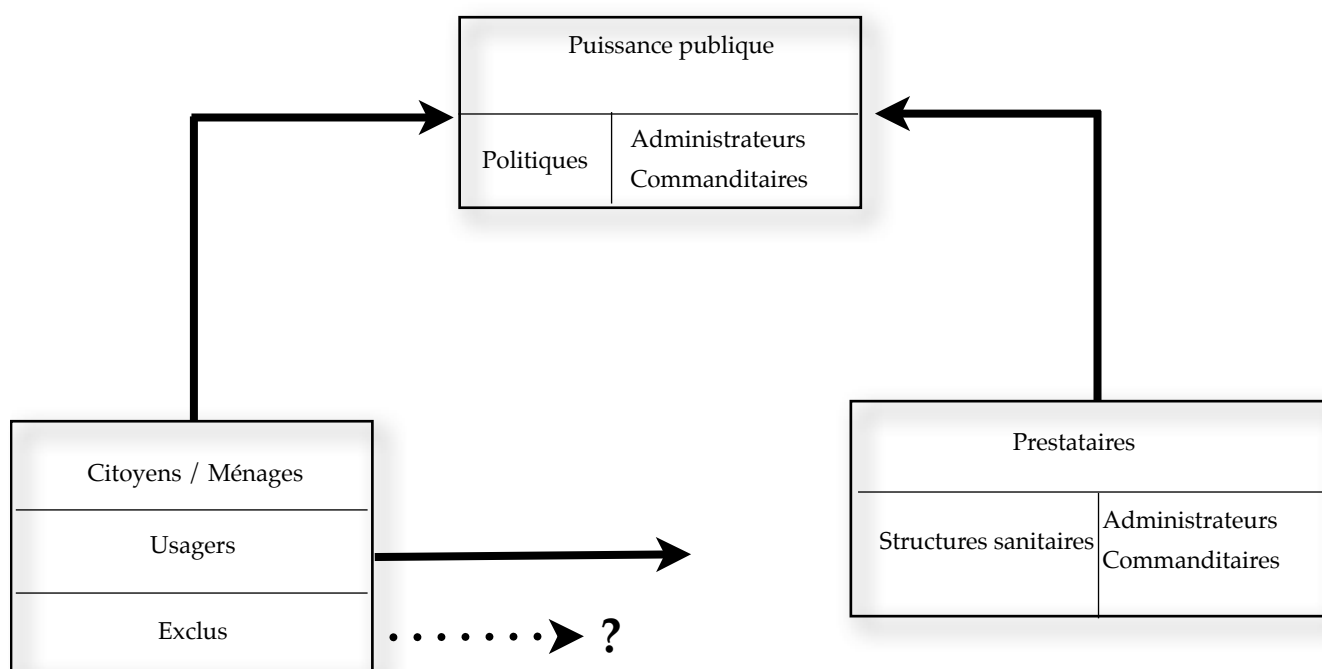


Figure n°17 : Route longue et directe du contrôle du service de santé

Le bon fonctionnement du système de santé passe par la définition d'une structure de responsabilité et d'imputabilité entre commanditaires, prestataires et usagers [10].

8.2 Limites de l'application du schéma

L'une des failles d'un tel schéma, dans des contextes de pauvreté est l'exclusion des populations défavorisées des deux formes du contrôle : le contrôle citoyen qui demande une capacité de participation à la vie citoyenne, auquel l'analphabétisme, entre autres, fait obstacle, et le contrôle direct sur la prestation locale du fait de toutes les barrières économiques, sociales et culturelles entre les formations sanitaires et ces populations.

Là encore, la réaffirmation du pacte social de la santé est primordiale : la santé, sans ce pacte peut devenir un mécanisme qui renforce l'exclusion, qui sanctionne et perpétue la fracture sociale, alors que la santé qui intègre ce pacte au cœur de son principe et de son fonctionnement devient au contraire l'instrument privilégié de l'insertion économique et sociale [13].

Toutes les formes institutionnelles et organisationnelles ne se valent pas pour promouvoir ces différents niveaux de contrôle de réalisation du pacte sanitaire. Les choix concernant la prestation publique ou privée, ainsi que la nécessaire distinction des rôles et la place des différents acteurs, viennent d'être évoqués. La scène sanitaire bouge de ce point de vue : les statuts des établissements de santé, et en particulier des centres de santé, sont revus pour donner plus de place à la communauté sanitaire, au travers de diverses formes (comités de gestion, associations de consommateurs, mutualistes, ...).

A des niveaux plus agrégés, les syndicats et les leaders d'opinion (politiques, journalistes) ont aussi leur rôle à jouer : si le début de cet argumentaire a dénoncé une certaine capture du débat public, la porte de sortie n'est pas en effet par moins de débat, moins par un double mouvement d'adhésion générale à un pacte social sanitaire au niveau national et d'élargissement du débat à ceux qui en sont aujourd'hui exclus.

Mais pour instruire le débat de contrôle de la fourniture du service public de santé à tous les niveaux (roue «longue» et route «directe» pour reprendre le schéma Figure n°17), encore faut-il disposer d'une information pertinente, et que le système soit transparent de ce point de vue.

8.3 L'évaluation au service de la réalisation du pacte social de la santé

Organiser la prestation du service social de santé, associer le citoyen à son contrôle, sont le corollaire de la mise en oeuvre du service public de la santé. Il est donc important d'outiller et le pilotage et le contrôle de cette prestation par des dispositifs et des informations adéquates. Ceci depuis le niveau local de la formation sanitaire, là où les soins de santé primaires sont prodigués, jusqu'au niveau national des grands objectifs en terme de qualité, de quantité et d'équité. L'ambition est de rendre possible l'évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour rendre la gestion plus transparente, et pour favoriser les prises de décision et les pratiques les plus efficaces. En effet, dans la production d'un bien sur financement public, il n'y a pas de sanction du marché : les formations sanitaires publiques ou subventionnées intégralement, qui manquent à leurs obligations, ne font pas faillite. Il faut donc mettre en place un dispositif d'évaluation pour éviter que ne perdurent des situations de déni de service de santé ou de gaspillage de ressources qui pourraient être mieux utilisées ailleurs [11].

L'organisation d'un véritable système national d'évaluation est un enjeu important du système de santé. Les enjeux de cette nouvelle organisation sont les suivants :

- Les objectifs nationaux tardent à se décliner en indicateurs mesurables à tous les niveaux du système de santé ;
- Les structures d'incitation et de responsabilité des acteurs sont rarement en ligne avec les objectifs du système.

Ces enjeux dépassent le cadre strict du système de santé et de ses responsables : l'idée, ici, est que la politique d'évaluation n'est pas seulement un outil de l'administration, mais aussi un outil citoyen.

Le chantier demeure celui d'une transparence des enjeux et fonctionnements des systèmes de santé. C'est à cette condition que le pacte social de la santé peut se transformer en ac-

cord sur des politiques sectorielles vigoureuses qui font le choix des populations vulnérables, notamment des parturientes et des enfants.

En l'absence de dispositif systématique de suivi et d'évaluation, le pilotage du PNDS risque de se limiter au financement aveugle et amnésique d'activités dont l'efficacité, l'efficience et la pertinence resteront l'objet de déclarations d'intention et de professions de foi.

Le pilotage du programme nécessite la mise en place d'un système de retour d'informations sur le déroulement effectif des activités prévues et sur la consommation des ressources qui leurs ont été affectées. Ce retour d'informations doit permettre aux responsables de la mise en oeuvre du programme de procéder aux ajustements nécessaires pour assurer aux mieux la réalisation des activités prévues et l'atteinte de leurs objectifs. L'identification préalable des informations requises pour assurer ce pilotage doit permettre d'élaborer un système «économe», où les données nécessaires peuvent être recueillies, transmises et analysées de façon régulière et en temps utile, à moindre coût pour les opérateurs du programme.

8.4 Le financement basé sur les résultats

Le financement basé sur les résultats est une forme de contractualisation qui repose sur une stratégie de financement des services de santé dont l'objectif est d'augmenter la quantité et la qualité de soins de santé préventifs et curatifs fournis à la population dans le respect des normes, à travers «l'achat des soins».

Relier la motivation du personnel de santé aux résultats des services relève d'une stratégie intéressante par son efficacité, que l'Etat pourrait utiliser à travers la tutelle pour responsabiliser les formations sanitaires et les encourager à atteindre les objectifs du millénaire. Cette stratégie qui est au stade de balbutiement dans le secteur public, fournit des incitations financières et semble prometteuse pour améliorer la performance des services de santé.

Toutefois, l'utilisation de paiements basés sur la performance pour financer les services de santé est un concept relativement récent dans le secteur public. Il nous faut encore apprendre bien des choses à propos de la conception et de la mise en application des systèmes de paiement basés sur la performance, mais l'expérience de certains pays comme le Rwanda que nous avons visité dans le cadre de la mission, nous montre déjà que les partenariats, sous le sceau de la collaboration entre payeurs et organisations de services, constituent un des éléments de la réussite [27]. Dans ce modèle de partenariat, les payeurs et les prestataires de services déterminent conjointement les domaines de performance clés, définissent les cibles de performance et évaluent la performance, cf. Figure 18.

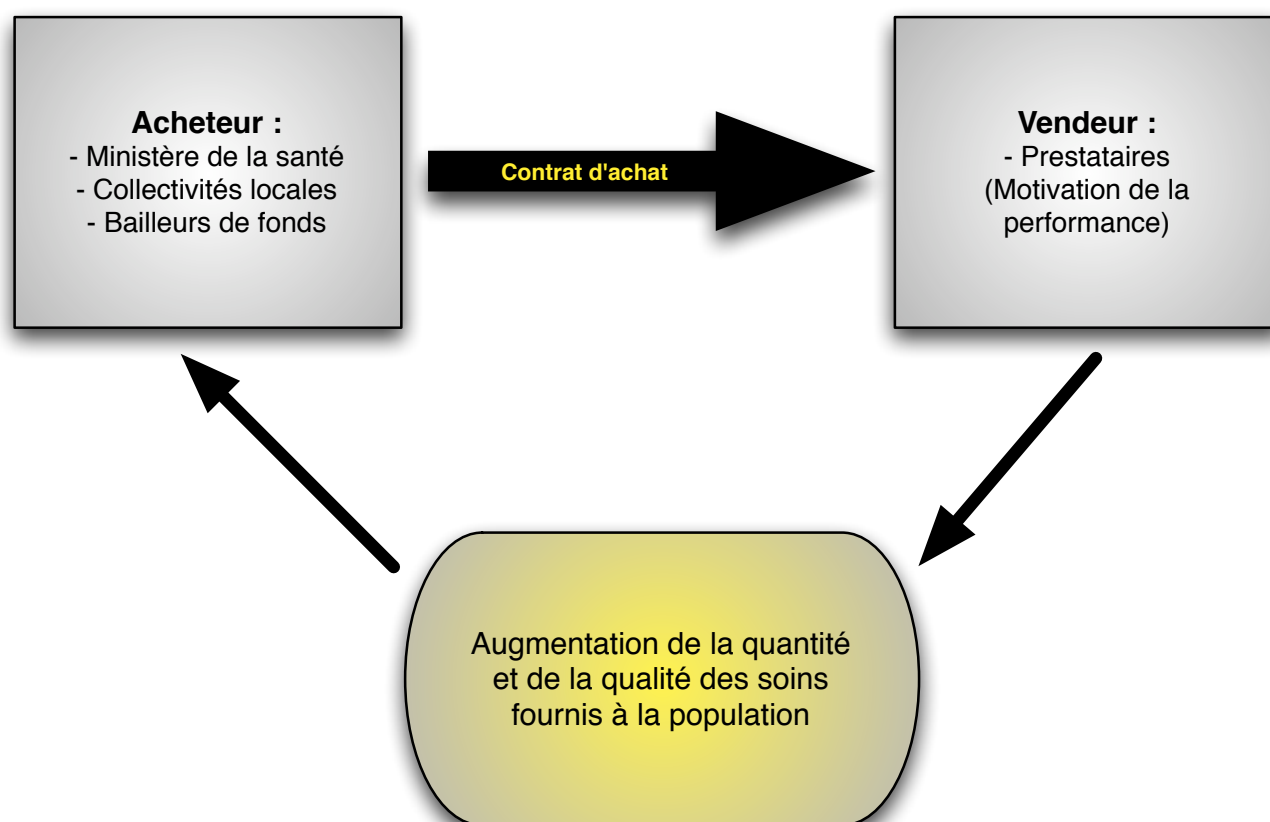


Figure n°18 : Principe du financement basé sur les résultats

Généralement, les acheteurs du secteur public financent les institutions publiques pour maintenir leur capacité de prestation de services (par exemple, en prenant en charge les salaires et les dépen-

ses de fonctionnement) sans mettre en place des moyens garantissant que les usagers reçoivent des services de qualité. Les contrats entre les acheteurs et les institutions sanitaires privées ne tiennent pas non plus, les prestataires de services responsables de la performance. Les payeurs qui soutiennent les services de santé ont tendance à suivre une direction analogue lorsqu'ils fournissent des dons forfaitaires ou remboursent les prestataires publics pour les dépenses justifiées.

Dans ce contexte où les prestataires inscrivent leurs actions dans la routine, en accordant la priorité à la prestation de services, comment peut-on encourager les responsables des formations sanitaires à chercher à obtenir des résultats ? Les payeurs souhaitent que les prestataires utilisent les ressources financières, de plus en plus rares de façon efficiente pour le bien-être des usagers.

Les payeurs tentent de répondre à la problématique, en essayant de nouvelles incitations financières comme condition à leurs accords de financement. Le but étant d'encourager les prestataires à restructurer les pratiques peu efficaces et à améliorer la performance, obtenant ainsi des gains mesurables au niveau de la santé publique [28].

L'idée est de fournir un financement sur la base des incitations et l'accord entre le payeur et le prestataire stipule les buts et les objectifs que devra atteindre le prestataire. La performance est mesurée par des indicateurs composites, du point de vue des cibles convenues dans des domaines précis tels que l'amélioration de la santé, le développement institutionnel et une réponse plus adaptée aux besoins des clients, sans pour autant négliger les missions essentielles de la structure.

La nouvelle approche des payeurs axée sur la performance, utilisant des incitations pour financer les institutions qui prodiguent des services de soins de santé, s'inspire de la théorie du créancier et du débiteur. Selon cette adaptation de la théorie, celui qui débourse les fonds est le créancier qui, dans le contexte des soins de santé, sont le gouvernement, les partenaires au développement, et les collectivités locales. Le créancier achète les services auprès d'une entité qui fournit des servi-

ces de santé. Le créancier et le débiteur forment ensemble un contrat qui récompense le débiteur lorsqu'il atteint les cibles convenus.

L'utilisation du paiement basé sur la performance pour améliorer l'influence des services de santé et les performances de l'institution dans la manière de dispenser les services relève encore d'un nouveau concept. Il n'existe pas de modèle unique et achevé du système de paiement basé sur la performance. Le système de performance doit être conçu et appliqué en tenant compte des objectifs, des capacités et des contraintes des prestataires de services de santé [29].

Dans le contexte sénégalais, où le mouvement syndical a une forte emprise sur le système de santé, l'approche n'est pas envisageable sans une large concertation, et une bonne stratégie de communication institutionnelle pour fédérer les acteurs autour de l'essentiel. Toutefois, l'adhésion des acteurs du processus de soins, pourrait influencer durablement les indicateurs de santé cibles des OMD à l'horizon 2015.

Toutefois, l'initiative pourrait être expérimentée au cours d'une phase pilote, dans un périmètre restreint, pour en cerner la problématique au bout d'un an, avant le passage à l'échelle qui devrait se dérouler sur une période, d'un à trois ans. Mais cela suppose une volonté politique affichée et un leadership fort pour entraîner tout le secteur dans la marche, et au même rythme.

La pertinence de la politique de santé publique tient notamment à la façon dont elle répond aux attentes de la population. L'adhésion des principaux groupes concernés, qu'il s'agisse des acteurs institutionnels ou professionnels ou des citoyens, peut en outre représenter une condition essentielle à la mise en application effective et au succès de cette politique [30]. Les responsables de l'élaboration de la politique de motivation disposent d'une gamme étendue de moyens d'interaction avec la population et/ou avec les groupes concernés de façon spécifique. Le choix de ces moyens dépend notamment du résultat attendu de cette interaction.

La communication doit être adaptée aux publics visés et utiliser les médias les plus appropriés pour atteindre ces publics. Le processus d'élaboration de la politique de motivation par la performance doit ainsi trouver un équilibre entre des éléments d'expertise (tirer le meilleur parti possible des données disponibles, en fonction de leur pertinence et de leur degré de «solidité») et des éléments de consultation, de concertation et de débat (prendre en compte l'ensemble des points de vue sur ce qui est important, acceptable ou opportun) pour un arbitrage final dont la responsabilité est de nature «politique». L'essentiel est d'assurer la transparence des processus et l'explication des critères et des modalités de décision.

Bibliographie

1. Enquête sénégalaise auprès des ménages, ESAM, 2002
ANSD
2. Carte Sanitaire du Sénégal, 2008 - SNIS, MSP
3. Recensement général de la population et de l'Habitat 3, 2002, ANSD
4. Enquête démographique santé, EDS-IV, MSP - Sénégal 2005
5. Décrets 2008-1495 et 2008-1496 du 31 décembre 2008, relatif au découpage administratif de l'Etat du Sénégal
6. Comptes nationaux de la santé 2005, CNS, CAFSP/MSP, 2009
7. Plan national de Développement sanitaire II, 2008-2019, 32
8. Amar L, Bachimont J, Brémond M et al. Quelles informations sur l'hôpital pour les usagers ? Dossier solidarité Santé 2001, 2:93-111
9. Lévy G, Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Considérations épidémiologiques et cliniques. Bull Epidémiol Hebd, 2006,50
10. Wilson R, Harrison BT, Gilbert RW, Hamilton JD. An analysis of the causes of adverse events from the quality in australian health care study. Med J Austr, 1999,170:411-415
11. Matillon Y, Durieux P. L'évaluation médicale : du concept à la pratique. Paris, Flammarion, 2002
12. L. Healthcare redesign : meaning, origins and application. Qual Saf Health Care, 2003, 12:53-58
13. Leclerc A, Fassin D, Grandjean H et al. Inégalités et disparités sociales en santé. Paris, La découverte, 2000
14. Pourin C, Tricaud S et al. Elaboration et validation d'une méthode de mesure de la satisfaction des patients : l'expérience Saphora-MCO, Gestion Hospitalières, 1999, 480-491
15. Organisation Mondiale de la Santé. The World Health report 2000. Health systems : improving performance, Genève OMS, 2000
16. Salmi LR. Lecture critique et rédaction médicale scientifique. Paris, Elsevier, 1998, 287 pages
17. Klein R. A middle way for rationing healthcare resources. Br Med J, 2005, 330:1340-1341
18. Collèges des économistes de la santé. Guide méthodologique pour l'évaluation économique des stratégies de santé. Recommandations méthodologiques (coordination E. Levy, G. de Pouvourville), Juillet 2003 (www.ces-asso.org)
19. Donaldson C, Currie G, Mitton C. Cost effectiveness analysis in health care : contradictions. Br Med J, 2002, 325 : 891-894
20. Johanet G. Sécurité sociale : l'échec et le défi, Paris, L Seuil, 1998, 214 pages. (Voir aussi plan dit Johanet : CNAMTS, Conseil d'administration, «Des soins de qualité pour tous. Refonder le système de soins, Caisse nationale d'assurance maladie, 12 juillet 1999)
21. Ulmann Ph. Est-il possible de maîtriser les dépenses de santé ? Revue d'économie financière, 2004, 76 : 19-37
22. World Bank. Investing in health. World Development Report, Washington, World Bank, 1993
23. Brodin M. politique de soins de périnatalité. Communication personnelle
24. Chapalain MT. La rationalisation des choix budgétaires appliquée à la santé : Technique et méthode d'études sectorielles. Economie et Santé, mars 1972, n°1
25. Document stratégique de réduction de la pauvreté, Sénégal, MEF 2004
26. Nicolas G, Duret M. Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, psychiatrie et radiologie, février 1998, et Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale, juin 2001 (www.sfar.org)
27. Directives du Ministère de la santé du Rwanda n°20/22 du 06 novembre 2006, régissant le Financement des services de santé sur Base de leur performance et la gestion des fonds dans les structures de santé.
28. Performance Based-Financing Guide, for District Hospitals, june 2009, Rwanda
29. Cadre de suivi et de pilotage de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition, Primature 2003
30. Cadre logique de planification et de suivi/évaluation du Programme national de développement local, PNDL 2007