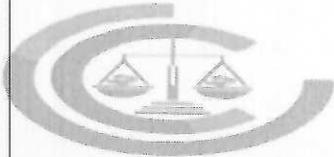




REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple-Un But-Une Foi



COUR DES COMPTES

CHAMBRE DES AFFAIRES
BUDGETAIRES ET FINANCIERES

N° 00030 CC/CABF/G

Date : 21/07/21

CONFIDENTIEL

RAPPORT DEFINITIF

AUDIT DE PERFORMANCE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES AGENTS DE L'ETAT 2014 – 2018

Rapporteur :

M. Abdoulaye SECK, Conseiller

Avec l'assistance de :

Mme Yague NDOYE,

MM. Daouda Ndiaye GAYE et Oumar NGOM, Assistants de vérification.

Juillet 2021

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT	3
DELIBERE	4
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	7
1. Contexte	7
2. Pourquoi avons-nous choisi ce thème ?	8
3. Mandat	9
4. Objectifs et critères d'audit	9
5. Portée des travaux	10
6. Période sous revue	11
7. Démarche méthodologique	11
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU SYSTEME DE GESTION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES AGENTS DE L'ETAT	13
1. Cadre juridique et institutionnel	13
1.1 Cadre juridique	13
1.2 Cadre institutionnel	14
2. Admissibilité et accessibilité	16
2.1 Différents types de prises en charge médicales et accès aux soins médicaux	16
2.2 Modalités de prise en charge médicale	17
3. Structure et évolution des dépenses de prises en charge médicales	18
3.1 Structure des dépenses	18
3.2 Évolution des dépenses de prises en charge médicales	19
CHAPITRE 2 : CADRE DE GOUVERNANCE, DE RESPONSABILISATION ET DE GESTION A PARFAIRE	23
1. Cadre juridique insuffisant et fragmenté	23
2. Gestion éclatée des processus de prises en charges médicales et portage stratégique encore timide	26
3. Prises en charge médicales et accès aux cliniques privées	28
3.1. Couverture partielle et accès limité aux cliniques privées	28
3.2. Inégalités dans l'accès aux soins	30
3.3. Accessibilité financière garantie	31
3.4. Prise en compte de la dimension genre dans l'accès aux soins	31
4. Viabilité budgétaire du régime menacée et moyens d'intervention limités	33
4.1. Viabilité budgétaire du régime	33
4.2. Moyens d'intervention du Centre médico-social encore limités	36
5. Prémices d'une gestion efficiente des évacuations sanitaires	37
6. Cadre de mesure et de pilotage de la performance inexistant	39

7. Délais de traitement des demandes d'évacuation non encadrés, un parcours d'accès aux soins encore long et des retards de traitement des factures	40
7.1. Parcours relativement long pour l'accès aux soins	40
7.2. Délais de traitement des demandes d'évacuation sanitaires non encadrés	45
7.3. Retards dans le traitement des factures	46
CHAPITRE 3 : DISPOSITIF DE CONTROLE ET DE SUIVI INSUFFISANT	48
1. Contrôles manuels et arithmétiques	48
2. Insuffisance des outils de contrôle	52
2.1. Non spécification du processus de prises en charge médicales dans la cartographie des risques	52
2.2. Système d'information encore embryonnaire	53
2.3. Absence de portrait des frais facturés	53
2.4. Grappe familiale incomplète	54
3. Absence de mécanisme et de cadre formel de suivi des conventions d'évacuation sanitaire	55
Liste des tableaux	58
Liste des graphiques	58
ANNEXES	59
Annexe 1 : Objectifs de vérification, critères et portée des travaux	59
Annexe n° 2 : Évolution du cadre juridique de la prise en médicale des agents de l'État	62
Annexe n° 3 : portrait des projets d'agrément	64
Annexe n° 4 : régimes complémentaires d'assurance maladie mutualiste de 2015 à 2018	65
Annexe n° 5 : ventilation des dépenses de santé par structure de 2014 à 2018	66
Annexe n° 6 : Délais de traitement des demandes d'évacuation sanitaires	69

CONFIDENTIEL

AVERTISSEMENT

Le présent rapport définitif est issu de la procédure écrite et contradictoire prévue par les dispositions de l'alinéa premier de l'article 64 de la loi organique n° 2012-23 du 27 décembre 2012 sur la Cour des comptes.

Les développements qui y figurent ont tenu compte, quand il y'avait lieu, des réponses des responsables des entités contrôlées aux observations de la Cour ainsi que des conclusions du Parquet.

Conformément à l'article 3 de la loi organique sur la Cour des Comptes et à la loi n° 2012-22 du 27 décembre portant Code de transparence dans la Gestion des Finances publiques, le rapport fera l'objet d'une publication dans les formes appropriées.



DELIBERE

Le présent rapport définitif a été établi en application des dispositions des articles 3, 4, 8, 22, 49, 64 et 65 de la loi organique n° 2012-23 du 27 décembre 2012 sur la Cour des Comptes.

Il a été arrêté, conformément aux dispositions des articles 7, 14, 15, 16 et 17 du décret n° 2013-1449 du 13 novembre 2013 fixant les modalités d'application de ladite loi organique, par la Chambre des Affaires budgétaires et financières en sa séance du **15 Juillet 2021**.

Étaient présents :

Messieurs :

Babacar BAKHOUM, Président de Chambre

Mamadou DJITE, Conseiller maître ;

Thierno Idrissa Arona DIA, Conseiller référendaire ;

Papa Gallo LAKH, Conseiller référendaire ;

Cheikh GOUMBALA, Conseiller ;

Ibrahima GAYE, Conseiller ;

Jean Christophe DIATTA, Conseiller ;

RAPPORTEUR : Abdoulaye SECK, Conseiller ;

Maitre Malick Mangor NDONG, Greffier.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACMU	Agence de la Couverture Maladie universelle
APHP	Assistance publique Hôpitaux de Paris
BACI	Bureau audit et contrôle
BULCI	Bulletin Cinéma (terme utilisé pour désigner le paiement par émission spéciale)
CABF	Chambre des Affaires budgétaires et financières
CBM	Contrôleurs budgétaires ministériels
CMS	Centre médico-social
CRF	Contrôle régional des finances
DCS	Division des charges sociales
DELC	Direction des Études, de la Législation et du Contentieux
DEPS	Direction des Établissements privés de santé
DGS	Direction générale de la Santé
DGCPT	Direction générale de la Comptabilité publique et du Trésor
DIEM	Direction des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance
DPB	Direction de la Programmation budgétaire
DS	Direction de la Solde
DSI	Direction des Systèmes d'Information
DSPRV	Direction de la Solde, des Pensions et des Rentes viagères
EPS	Établissements publics de Santé
EVASAN	Évacuation sanitaire
FNR	Fonds national de Retraite
FUDPE	Fichier unifié des Données du Personnel de l'État
IB	Imputation budgétaire
IAAF	Inspection des Affaires administratives et financières
INTOSAI	Organisation internationale des Institutions supérieures de Contrôle des Finances publiques
IPM	Institut de Prévoyance Maladie
ISSAI	International Standards of Supreme Audit Institutions

LOCC	Loi organique sur la Cour des Comptes
MFA	Ministère des Forces armées
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
NBE	Nomenclature budgétaire de l'État
PGT	Paierie générale du Trésor
PNA	Pharmacie nationale d'Approvisionnement
PSE	Plan Sénégal émergent
SNEEG	Stratégie nationale pour l'Équité et l'Égalité de Genre
SNPS	Stratégie nationale de Protection sociale

INTRODUCTION

1. Contexte

Le droit à la santé est consacré par la Constitution notamment en son article 8.

De plus, la sécurité sociale est un droit universellement reconnu à tous les travailleurs par la Déclaration universelle des droits de l'homme, notamment en son article 22, de même que par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels en son article 9.

En outre, en vertu de la loi n° 61-33 du 15 juin 1961 portant statut général des fonctionnaires, l'État doit garantir à ses agents une sécurité sociale. Cela se traduit par l'adoption du décret n° 72-215 du 07 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires et du décret n° 74-347 du 12 avril 1974 fixant le régime spécial applicable aux agents non fonctionnaires de l'État qui définissent les règles applicables à la couverture médicale accordée aux catégories d'agents concernés.

Cette sécurité sociale prend la forme d'une assurance obligatoire au profit des agents de l'État et des membres de leurs familles. Selon la Cellule d'appui à la couverture maladie universelle, le régime d'assurance maladie pour les fonctionnaires représente **40%** du régime formel d'assurance maladie au Sénégal en 2014.

Il repose sur le modèle bismarckien avec une contribution de l'État en tant qu'employeur à hauteur de **80%** des prestations offertes, les **20%** restants sont pris en charge directement par l'agent.

Ce régime vise à contribuer au bien-être des agents de l'État à travers un accès garanti à des soins de qualité et à des prix acceptables. Ces prises en charge médicales concernent les agents de l'État en activité, les retraités du FNR et les membres de leur famille (conjoint, conjointe et enfants).

Pour ce faire, l'État a mis en place un dispositif juridique et institutionnel pour une gestion des processus de prises en charge médicales au profit des agents ainsi que des membres de leurs familles.

Le financement du régime est assuré à travers le budget de l'État. Les crédits sont inscrits dans les « charges non réparties ». Dans la nomenclature budgétaire de l'État, les dépenses relatives aux prises en charge médicales sont logées dans les dépenses de personnel et déclinées en hospitalisations et soins médicaux, évacuations sanitaires et autres prises en charge médicales.

Au cours des dernières années, il a été noté une augmentation constante des dépenses de santé des agents de l'État, celles-ci étant passées de 4,8 milliards de francs CFA en 2009 à 11,4 milliards de francs CFA en 2016, soit près d'un triplement en 7 ans. Après avoir atteint un pic de 13,2 milliards de francs CFA en 2015, elles ont amorcé une baisse tendancielle.

Malgré l'importance des ressources mobilisées, plusieurs défis sont à relever. Il s'agit entre autres :

- de l'adaptation du cadre juridique et de gouvernance du système ;

CONFIDENTIEL

- du renforcement des mécanismes de coordination et du portage stratégique ;
- du renforcement des dispositifs de contrôle mis en place ;
- de la maîtrise de la tarification et la facturation des prestations offertes ;
- de la diversification de l'accès aux soins et la qualité des services offerts ;
- de l'accès égalitaire et équitable aux soins et prestations médicales ;
- de la maîtrise de la programmation des ressources et de leur utilisation optimale.

Par ailleurs, l'audit de la prise en charge médicale des agents de l'État soulève de multiples enjeux liés notamment à :

- la viabilité du système de prises en charge médicales dans un contexte de rareté des ressources et de la gestion axée sur les résultats ;
- la modernisation et la professionnalisation de la gestion et du suivi de la sécurité sociale des agents de l'État pour garantir l'efficacité et l'efficience des interventions ;
- l'adaptation aux exigences de réforme du système de protection sociale avec la mise sur pied d'un régime d'assurance maladie intégré, efficace et moderne répondant aux exigences de performance ;
- l'efficacité des systèmes de contrôle mis en place au niveau des entités responsabilisées dans le processus de prises en charge médicales.

2. Pourquoi avons-nous choisi ce thème ?

La Cour des Comptes a pour mission principale de contribuer par son action permanente de vérification, d'information et de conseil à la transparence dans la gestion des finances publiques et à l'amélioration des méthodes et techniques de gestion des organismes et entreprises publics.

A ce titre, la Cour a pour mission de « *mesurer les performances réalisées dans la gestion des services et organismes publics* » (article 4 LOCC).

Ainsi, dans le cadre de l'examen des lois de finances, la Chambre des Affaires budgétaires et financières (CABF) de la Cour a relevé une augmentation progressive et continue des dépenses de personnel de l'État au cours des dernières années ; les dépenses relatives aux prises en charge médicales font partie intégrante des dépenses de personnel.

Toutefois, au regard des particularités des prises en charges médicales et de leur importance dans la politique sociale définie par l'État, il a été jugé utile d'en faire un mandat spécifique pour apprécier sa mise en œuvre sous le prisme de l'efficacité, l'efficience, de l'économie et de l'équité.

Par ailleurs, l'assurance maladie constitue une thématique d'importance dans le domaine de la Santé publique. En effet, le financement et l'accès aux soins demeurent au centre des priorités dans la gestion des systèmes de couverture maladie. L'assurance maladie constitue un levier pour favoriser et garantir les conditions d'accès à des soins de qualité et à des tarifs avantageux.

La réalisation du présent mandat relatif à l'audit de performance de la prise en charge médicale des agents de l'État revêt plusieurs intérêts et pourrait contribuer notamment à :

- améliorer la reddition des comptes et la transparence dans la gestion des finances publiques. L'État consacre chaque année des ressources dans son budget pour faire face à ses engagements en matière de sécurité sociale des fonctionnaires. Aussi, convient-il de s'assurer de l'efficacité de l'exécution de la dépense publique et de l'efficience des ressources mobilisées conformément au mandat de la Cour ;
- renforcer la responsabilisation et l'amélioration des pratiques de gestion des structures impliquées afin d'accroître les performances dans les processus de prises en charge médicales.

Le présent mandat s'inscrit également dans la dynamique actuelle de la Cour des Comptes qui, conformément à son Plan stratégique 2020-2024, s'est fixée comme orientation de réaliser davantage d'audits de performance.

3. Mandat

Aux termes de l'article 62 de la loi organique précitée, la Cour des Comptes exerce de plein droit ses compétences, soit dans le cadre du programme annuel qu'elle définit, soit sur demande particulière du Président de la République, du Gouvernement ou du Parlement.

Dans son programme annuel de contrôle de 2020, défini par arrêté n°002-2020 du 14 janvier 2020, la Cour a inscrit l'audit de performance de la prise en charge médicale des agents de l'État qui, conformément aux dispositions de l'article 7 du décret n° 2013-1349 fixant les modalités d'application de la loi organique sur la Cour des Comptes, est dévolu à la Chambre des Affaires budgétaires et financières.

En exécution de ce programme annuel, Monsieur Abdoulaye SECK, Conseiller à la Chambre des Affaires budgétaires et financières, a été désigné suivant ordonnance n°03/2020/CC/CABF/G du 12 février 2020 pour rapporter le dossier portant sur « *l'audit de performance de la prise en charge médicale des agents de l'État* ».

Il est assisté par Mme Yague NDOYE, MM Daouda Ndiaye GAYE et Oumar NGOM, assistants de vérification.

4. Objectifs et critères d'audit

L'audit vise à déterminer si l'encadrement et l'exécution de la couverture médicale des agents de l'État et membres de leurs familles sont assurés de manière adéquate et les contrôles appropriés sont réalisés pour une gestion efficace et efficiente des ressources mobilisées par l'État.

De manière spécifique, il s'agit de s'assurer que la Direction de la Solde et le Centre médico-social de la Fonction publique, chacun suivant ses responsabilités :

- encadrent et exécutent de manière adéquate la couverture médicale des agents de l'État;
- se sont dotés de systèmes de contrôle et de suivi facilitant le traitement diligent et adéquat des prises en charge médicale des agents de l'État.

CONFIDENTIEL

L'audit est basé sur des critères jugés valables dans les circonstances et exposés dans l'annexe 1. Ces critères émanent principalement du cadre juridique relatif à la sécurité sociale des agents de l'État. Ils se fondent également sur les principes de bonne gestion reconnus.

Comme stipulé par la norme ISSAI 300, point 49, les objectifs et critères d'audit retenus ont été portés à la connaissance des entités auditées à travers le rapport d'étude préliminaire ; ces dernières les ont accueillis favorablement.

Les objectifs et les critères d'audit y afférents sont joints dans l'annexe précitée.

La responsabilité de la Cour des Comptes consiste à fournir une conclusion sur l'objectif principal de l'audit. Pour ce faire, l'équipe a recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder ses conclusions et obtenir un niveau d'assurance raisonnable.

5. Portée des travaux

Les travaux sont menés conformément à la loi organique n°2012-23 du 27 décembre 2012 abrogeant et remplaçant la loi organique n°99-70 du 17 février 1999 sur la Cour des Comptes notamment en ses articles 3, 4 et 43 et aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes s'inspirent des normes ISSAI en audit de performance.

Les travaux sont réalisés auprès du Ministère des Finances et du Budget et du Ministère de la Fonction publique et du Renouveau du Service public et les recommandations formulées s'adressent à titre principal:

- à la Direction de la Solde créée à la suite de la scission en deux entités de l'ancienne Direction de la Solde, des Pensions et des Rentes viagères (DSPRV). La Direction de la Solde hérite des attributions de la DSPRV à la faveur du décret n° 2017-480 modifiant le décret n°2014-1171 du 16 septembre 2014 portant organisation du Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan ;
- au Centre médico-social de la Fonction publique ;
- au Conseil de Santé.

D'autres entités telles que la Direction générale de la Santé (DGS), la Direction des établissements privés de santé (DEPS) et la Direction des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance (DIEM) relevant de la responsabilité du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS), ainsi que de la Paierie générale du Trésor (PGT) et la Direction de la Programmation budgétaire (DPB) du Ministère des Finances et du Budget ont été mises à contribution dans la collecte et l'analyse des informations.

L'audit porte sur la prise en charge médicale des agents de l'État dans ses composantes « hospitalisations et soins médicaux » et « évacuations sanitaires » conformément au décret n° 2012-673 du 4 juillet 2012 portant Nomenclature budgétaire de l'État modifié par le décret n°2018-1932 du 11 octobre 2018.

Cela répond à un souci de cohérence et en raison du lien étroit et de la complémentarité qui existent entre ces composantes sus indiquées. Il convient de noter que les évacuations sanitaires

sont souvent tributaires de la capacité ou non du système de santé à répondre correctement aux besoins de soins des principaux bénéficiaires.

Les dépenses pharmaceutiques sont exclues du périmètre de contrôle parce que, d'une part, cette composante est régie par des dispositions spécifiques et, d'autre part, l'Inspection générale des Finances avait réalisé en 2015-2016 une mission spécifique sur le contrôle de la régularité des factures relatives aux produits pharmaceutiques.

Il s'y ajoute le fait que les dépenses pharmaceutiques ne concernent qu'une catégorie d'agents de l'État, notamment les militaires invalides.

Les données y relatives ne sont évoquées, dans le présent rapport, qu'à titre informatif. Elles ne font pas l'objet de travaux spécifiques.

6. Période sous revue

Les travaux de vérification portent essentiellement sur les activités menées sur la période 2014-2018. Toutefois, certaines analyses pourraient faire référence à des situations antérieures ou postérieures à ladite période.

7. Démarche méthodologique

La démarche méthodologique utilisée repose sur les points suivants :

1. la planification de la mission avec la définition des objectifs, le choix des critères d'audit, la délimitation du périmètre de contrôle qui structurent l'audit. Une réunion de lancement a été organisée en relation avec les entités concernées pour présenter les contours de la mission et les modalités pratiques de son déroulement. Cette phase a été sanctionnée par la production d'un rapport d'étude préliminaire partagé avec les entités auditées notamment la Direction de la Solde et le Centre médico-social de la Fonction publique ;
2. l'examen détaillé sur la base des informations recueillies qui repose sur un programme d'audit indiquant les diligences et procédés retenus pour collecter les éléments probants;
3. le rapportage qui est fondé sur la présentation des principaux constats et résultats de vérification. Il fait l'objet du présent rapport définitif.

La mise en œuvre de la stratégie d'audit s'appuie sur les méthodes de vérification ci-après.

- **Revue documentaire** (cadre législatif et réglementaire, documents stratégiques, les procédures, dossier de presse, etc.) : elle s'est faite par le moyen de l'exploitation des textes, rapports, conventions et autres documents d'informations internes (Notes, etc.);
- **Entrevues avec les responsables des entités auditées et leurs collaborateurs** : des entretiens directs sont réalisés à titre principal avec les responsables des entités auditées et leurs principaux collaborateurs notamment la Direction de la Solde et le Centre médico-social de la Fonction publique pour recueillir les informations nécessaires à la conduite des travaux ;

En outre, certaines entités telles que la Direction générale de la Santé, la Direction des Établissements privés de Santé, la Direction des Infrastructures, des Équipements et de

CONFIDENTIEL

la Maintenance et la Paierie générale du Trésor ont collaboré à la réalisation de la mission ;

Compte tenu du contexte lié à la pandémie de Covid 19, certaines entrevues ont été effectuées à distance via la plateforme Teams et par le moyen de la transmission de fiches d'entrevues renseignées par les administrations ciblées ;

- **Exploitation et analyse des données :** les données financières et non financières recueillies auprès des entités ont été analysées sous l'angle de l'efficacité, de l'efficience, de l'équité.

Les travaux réalisés ont permis d'aboutir aux résultats de vérification objet du présent rapport. Ils sont structurés en trois chapitres.

Le chapitre 1 traite de la présentation du système de gestion de la prise en charge médicale des agents de l'État ;

Le chapitre 2 concerne le cadre de gouvernance, de responsabilisation et de gestion des prises en charge médicale au profit des agents de l'État ;

Le chapitre 3 aborde les dispositifs de contrôle et de suivi mis en place par les entités.

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU SYSTEME DE GESTION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES AGENTS DE L'ETAT

La prise en charge médicale est une garantie statutaire accordée aux agents de la Fonction publique en vue d'assurer leur bien-être social ainsi que celui des membres de leurs familles. Elle s'inscrit dans une forme d'assurance maladie obligatoire.

Cela se traduit par la mise en place d'un cadre juridique et institutionnel régissant la gestion des processus, la mobilisation de ressources financières et techniques appropriées, d'une part et des procédures pour assurer l'admissibilité et l'accessibilité, d'autre part.

Les travaux réalisés dans une perspective de reddition des comptes visent à présenter le cadre juridique et institutionnel régissant le système de prises en charge, à situer les rôles et responsabilités des entités auditées, à spécifier les conditions d'accessibilité et d'admissibilité au régime et l'exécution des dépenses.

1. Cadre juridique et institutionnel

1.1 Cadre juridique

L'exécution de la prise en charge médicale des agents de l'État est régie par un cadre juridique qui délimite le champ d'application et définit les règles et procédures.

Depuis les années 70, l'État a mis en place un cadre législatif, réglementaire et institutionnel pour répondre à ses obligations en matière de sécurité sociale des travailleurs du secteur public ainsi qu'aux membres de leurs familles (conjoint, conjointe et enfants).

Le régime de sécurité sociale des agents de l'État ainsi que les membres de leurs familles est encadré principalement par le décret n°72-215 du 7 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires, modifié et le décret n° 74-347 du 12 avril 1974 fixant le régime spécial applicable aux agents non fonctionnaires de l'État, modifié.

Le tableau synoptique ci-après donne un portrait du cadre juridique en vigueur régissant l'exécution de la prise en charge médicale des agents de l'État.

Tableau n° 1 : portrait du cadre juridique relatif à la prise en charge médicale

Loi n° 61-33 du 15 juin 1963 portant statut général des fonctionnaires, modifiée ;
Loi n°67-42 du 30 juin 1967 portant code des pensions militaires d'invalidité modifiée par la loi n°72-45 du 12 juin 1972 ;
Décret n° 61-0116 du 19 février 1963 relatif au régime des congés, permissions et autorisation d'absence des fonctionnaires ;
Décret n°72-168 du 29 février 1972 réglementant l'admission aux soins gratuits des bénéficiaires du code des pensions militaires d'invalidité ;
Décret n° 72-215 du 07 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires ; modifié par le décret 2006-1309 du 23 novembre 2006 ;
Décret n° 74-347 du 12 avril 1974 fixant le régime spécial applicable aux agents non fonctionnaires de l'État, modifié par le décret n° 2006-1331 du 23 novembre 2006 ;
Décret n° 77-745 du 20 septembre 1977 portant réglementation des cliniques privées ;

Décret n° 2005-565 du 22 juin 2005 relatif aux évacuations sanitaires hors du territoire national ;
 Décret n° 2005-566 du 22 juin 2005 relatif aux missions, à l'organisation et au fonctionnement du Conseil de santé modifié et complété par le décret 2013-723 du 27 mai 2013 ;
 Décret n°2010 -1466 du 8 novembre 2010 relatif aux avantages accordés aux officiers généraux de la 2° section des cadres de l'État-major des Armées ;
 Arrêté interministériel n°003179/MEF/MFA du 1er juillet 2005 portant tarification en vigueur à l'Hôpital Principal de Dakar ;
 Circulaire n° 06384 MSP/MEF du 21 août 1982 portant sécurité sociale des agents de l'État et procédure de prise en charge.

CONFIDENTIEL

1.2 Cadre institutionnel

La gestion de la prise en charge médicale fait intervenir une multiplicité d'acteurs et chacun suivant des niveaux de responsabilités spécifiques. La cartographie des parties prenantes fixe les rôles de chaque acteur dans l'exécution des processus.

Tableau n° 2 : cartographie des parties prenantes au système de prises en charge médicale

Parties prenantes	Interventions dans le processus
Agents de l'État et membres de leurs familles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bénéficient des soins et prestations ; ▪ font une demande d'imputations budgétaires auprès de leurs employeurs ; ▪ procèdent directement, en tant que bénéficiaires des prestations, au règlement de la part leur revenant (20%) des soins facturés au profit de la structure hospitalière ou clinique privée ; ▪ émargent sur les décomptes pour attester le service.
Ministère de la Fonction publique et du Renouveau du Service public	<ul style="list-style-type: none"> ▪ veille à la bonne application de la législation et de la réglementation relatives à la fonction publique ; ▪ assure la coordination et la gestion technique et opérationnelle des évacuations sanitaires via le Conseil de Santé et le Centre médico-social de la Fonction publique.
Ministère des Forces armées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ assure, via ses entités opérationnelles, la coordination et la gestion technique des dépenses pharmaceutiques au profit des militaires invalides.
Ministère des Finances et du Budget	<ul style="list-style-type: none"> ▪ assume la fonction d'ordonnateur des dépenses de prises en charge médicales ; ▪ veille à la bonne exécution financière des prises en charge médicales ; ▪ assure le contrôle de l'admissibilité des bénéficiaires et de la tarification des frais facturés par les structures hospitalières et cliniques privées ; ▪ procède au règlement de la part garantie par l'État (80%) sur les frais facturés par les structures hospitalières et cliniques privées.
Ministère de la Santé et de l'Action sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ assure la préparation et la mise en œuvre de la politique sociale définie par le Chef de l'État dans le domaine de la santé, de la prévention, de l'hygiène et de l'action sociale ; ▪ veille à la protection de la santé des femmes, des enfants, des travailleurs et des personnes âgées ou handicapées ;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prépare et veille à l'application de la législation et de la réglementation relatives aux professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques.
Autres ministères sectoriels et institutions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ délivrent les imputations budgétaires, le billet d'hôpital ou selon le cas transmettent les dossiers de demandes d'évacuations sanitaires au Ministère chargé de la Fonction publique ; ▪ attestent le service fait et certifient les décomptes.
Structures hospitalières publiques et cliniques privées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ délivrent les soins aux bénéficiaires ; ▪ facturent les frais et prestations fournies ; ▪ transmettent les factures à la Direction de la Solde pour règlement.

Les travaux réalisés dans la présente mission concernent principalement le Ministère des Finances et du Budget et le Ministère de la Fonction Publique et du Renouveau du Service public qui exercent leurs responsabilités à travers leurs entités opérationnelles que sont la Direction de la Solde, le Centre médico-social de la Fonction publique et le Conseil de santé.

Le tableau ci-dessous indique les missions des entités auditées.

Tableau n°3 : fiche signalétique des missions des entités auditées

Ministère des Finances et du Budget	
Direction de la Solde	<ul style="list-style-type: none"> • assure le suivi de l'évolution de la masse salariale de l'État en vue de sa maîtrise ; • procède à la liquidation et l'ordonnancement des dépenses de frais d'hospitalisation ; • étudie en collaboration avec les directions et services concernés, tous les projets de textes législatifs ou réglementaires ainsi que les projets de conventions se rapportant aux dépenses de personnel.
Ministère de la Fonction publique et du Renouveau du Service public	
Centre médico-social de la Fonction publique	<ul style="list-style-type: none"> • contribue à l'amélioration de la santé des agents de l'État et des membres de leur famille à l'égard desquels, il assure, dans la limite de ses compétences, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques et sociaux des patients ; • participe à l'élaboration et au suivi des conventions de coopération sanitaire avec les services de santé d'autres pays.
Conseil de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> • examine, dans les conditions prévues par le décret n°2005-566 du 22 juin 2005, les dossiers médicaux des agents de l'État, des collectivités territoriales et des établissements ainsi que ceux des membres de leur famille ; • donne son avis sur les questions de santé relatives à l'aptitude professionnelle aux congés de maladie, aux congés de longue durée, aux changements d'activités pour raison médicale et <i>aux évacuations sanitaires en dehors du territoire national.</i>

Le Conseil de Santé est une structure placée sous la responsabilité du Ministre chargé de la Fonction publique. Il est présidé par le médecin chef du Centre médico-social de la Fonction publique.

2. Admissibilité et accessibilité

L'accès garanti aux soins médicaux est règlementé. Les textes qui encadrent les processus de prises en charge médicale précisent la population admissible ou les ayants droit, le périmètre couvert (composantes), les conditions d'accès ainsi que les structures autorisées à délivrer les soins pour les principaux bénéficiaires.

L'article premier du décret n°72-215 du 7 mars 1972 précise : « les dispositions du présent décret s'appliquent aux fonctionnaires, aux magistrats, aux personnels des forces de police ainsi qu'aux membres de leurs familles. » Par membres de famille, il faut entendre le ou la conjoint(e), les enfants issus d'un mariage, les enfants dont la filiation naturelle est établie par reconnaissance volontaire ou par jugement, les enfants ayant fait l'objet d'adoption.

Dans la pratique, le système des prises en charge médicales couvre les agents de l'État en activité (fonctionnaires et non fonctionnaires), les retraités du FNR et les membres de leurs familles.

La population couverte n'a pu être retracée, en raison de l'absence d'informations complètes sur la grappe familiale. Aussi, l'analyse est-elle centrée sur la population effectivement bénéficiaire au cours de la période sous revue et les modalités de prises en charge des frais médicaux.

2.1 Différents types de prises en charge médicales et accès aux soins médicaux

Les agents de l'État ainsi que les membres de leurs familles bénéficient d'un accès aux soins auprès des structures hospitalières publiques et des cliniques privées agréées par l'État sur toute l'étendue du territoire national.

Les prises en charge médicales sont structurées autour de 4 composantes : **les soins internes** ou « hospitalisation », **les soins externes** qui ne nécessitent pas une hospitalisation, **les évacuations sanitaires** hors du territoire national et **les médicaments** au profit des militaires invalides.

Le tableau ci-après donne la situation de la prise en charge médicale des agents de l'État à travers les imputations budgétaires.

Tableau n° 4: évolution de la population bénéficiant d'imputations budgétaires

Statut du bénéficiaire	2014	2015	2016	2017	2018
Agents	102 560	109 223	119 361	130 935	142 751
Membres de la famille	208 017	226 945	253 592	277 542	301 483
Total	310 577	336 168	372 953	408 477	444 234

Source : Direction de la Solde

Le nombre d'agents et les membres de leurs familles bénéficiaires de certificats de prises en charge dénommés « imputations budgétaires » est en constante progression, passant de 310 577 en 2014 à 444 234 en 2018, soit une augmentation de 43% en valeur relative. Entre 2014 et

2017, le nombre d'agents représente au moins la moitié des membres de la famille. En 2018, le nombre d'agents constitue près du tiers de la population totale. Entre 2014 et 2018, il ressort une progression plus importante des membres de la famille (+45%) par rapport au nombre d'agents bénéficiaires (+39%).

2.2 Modalités de prise en charge médicale

L'accès à chacune des composantes obéit à des règles et procédures spécifiques. Le tableau ci-après donne une vue synoptique des différentes composantes, le champ couvert, les procédures y afférentes et les structures prestataires.

Tableau n° 5 : fiche synoptique des différentes composantes de la prise en charge médicale des agents de l'État

Composantes	Champ couvert	Bénéficiaires	Modalités	Prestataires
Soins internes	Hospitalisation Accouchement	Agent de l'État et membres de leurs familles	<ul style="list-style-type: none"> - un billet d'hôpital délivré par le médecin traitant et visé par l'administration d'origine est transmis aux services compétents du Ministère en charge des Finances notamment la Direction de la Solde. - l'État supporte la totalité du coût des prestations et opère des retenues sur le salaire de l'agent à concurrence du 1/5ème de la facture selon un échéancier fixé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Structures hospitalières publiques - Cliniques privées
Soins externes	Consultations Analyses médicales, imagerie médicale	Agent de l'État et membres de leurs familles	<ul style="list-style-type: none"> - délivrance d'une imputation budgétaire par le service utilisateur - paiement obligatoire par l'agent bénéficiaire du 1/5 du montant de la facture établie par la structure prestataire (hôpital ou clinique privée) - les 4/5 sont supportés par l'État 	<ul style="list-style-type: none"> - Structures hospitalières publiques
Évacuations sanitaires hors du territoire national	Hospitalisation Analyses médicales, imagerie médicale	Agent de l'État et membres de leurs familles	<ul style="list-style-type: none"> - décision d'évacuation sanitaire - frais de transport aérien à la charge de l'État (100%) - frais d'hospitalisation : 80% État et 20% agent 	<ul style="list-style-type: none"> - Structures hospitalières à l'étranger sous convention avec l'État
Dépenses pharmaceutiques	Médicaments	Militaires invalides	<ul style="list-style-type: none"> - frais supportés entièrement par l'État 	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacies agréées

La couverture médicale des agents de l'État est assurée à travers les hôpitaux publics et les cliniques privées agréées sur toute l'étendue du territoire national.

L'accès est également étendu aux évacuations sanitaires hors du territoire national pour les pathologies ne pouvant pas être prises en charge au niveau national. L'État supporte totalement les frais de transport aérien et la part lui revenant dans les frais médicaux. Les évacuations sanitaires sont réalisées dans le cadre de conventions signées avec des structures hospitalières

publiques et privées. Cinq conventions de partenariat sont signées avec des structures de la France, du Maroc et des Iles Canaries (Las Palmas).

La couverture pour les médicaments est réservée exclusivement aux militaires invalides qui en ont accès auprès des pharmacies agréées par l'État.

La tarification applicable aux agents de l'État est celle dite préférentielle comparativement au tarif général et s'opère par paiement direct d'une part de **20%** sur les frais facturés ; les coûts restants c'est à dire **80%** des frais sont entièrement à la charge de l'État.

3. Structure et évolution des dépenses de prises en charge médicales

3.1 Structure des dépenses

Les dépenses relatives aux prises en charge médicales font partie intégrante des dépenses de personnel.

Le tableau ci-après montre la part des prises en charge médicales dans les dépenses de personnel durant la période sous revue.

Tableau n° 6 : évolution de la part des dépenses de santé dans les dépenses de personnel

en milliards de FCFA

Rubriques	2014	2015	2016	2017	2018
Dépenses de personnel	477,05	522,74	563,62	599,95	683,02
Dépenses de prises en charge médicales des agents de l'État et membres de leurs familles	11,8	14,17	11,4	11,05	10,23
Part relative (%)	2,47	2,71	2,02	1,84	1,50

Source : Rapport de la Cour des Comptes sur le contrôle des dépenses de personnel de l'État 2015-2018 et données BULCI 2014 à 2018

Contrairement à la forte hausse des dépenses de personnel avec un taux d'accroissement moyen annuel de 7% entre 2014 et 2018, les dépenses de prises en charge médicales se sont inscrites en baisse depuis 2015 et se caractérisent par la faiblesse de leur part relative. Elles sont passées de 2,71% en 2015 à 1,50% en 2018.

Dans la nomenclature budgétaire de l'État de 2012 modifiée en 2018, les dépenses de prises en charge médicales se présentent ainsi qu'il suit :

Tableau n° 7: Dépenses de prises en charge médicales selon la nomenclature budgétaire

NBE 2012		Modifications apportées en 2018	
Prises en charge médicales	Code ligne	Prises en charge médicales	Code ligne
Hospitalisations	6671	Hospitalisations et soins médicaux	6671
Soins médicaux	6672	Évacuations sanitaires	6672
Consultations	6673	Autres prises en charge médicale	6679
Évacuations sanitaires	6674		
Autres prises en charge médicale	6679		

Source : décret n°2012-673 du 04 juillet 2012 portant nomenclature budgétaire de l'État de modifié par le décret n° 2018-1932 du 10 octobre 2018.

Les données relatives aux prises en charge médicales sont traitées et analysées sur la base de la nomenclature modifiée en 2018. Elles sont retracées en « hospitalisations et soins médicaux », en « évacuations sanitaires » et « autres prises en charge médicales ».

Au cours de la période sous revue (2014-2018), le cumul des dépenses de prises en charge médicales toutes composantes confondues dépasse 58 milliards de FCFA. Le tableau ci-après retrace la situation d'exécution des dépenses au cours de la période visée.

Tableau n° 8: évolution des dépenses de santé par composante

CONFIDENTIEL

Composantes	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	Part (%)
Hôpitaux	5 237 671 699	5 671 615 345	6 664 212 915	6 554 639 251	6 565 388 021	30 693 527 231	
Cliniques	1 535 559 806	1 406 656 116	1 770 788 757	1 682 848 437	1 936 710 623	8 332 563 739	
Hospitalisations et soins médicaux	6 773 231 505	7 078 271 461	8 435 001 672	8 237 487 688	8 502 098 644	39 026 090 970	66,59
Évacuations sanitaires	558 086 824	522 907 612	405 764 283	247 626 385	201 971 774	1 936 356 878	3,30
Dépenses pharmaceutiques	4 428 752 021	6 568 491 188	2 560 604 229	2 561 376 388	1 528 442 331	17 647 666 157	30,11
TOTAL	11 760 070 350	14 169 670 261	11 401 370 184	11 046 490 461	10 232 512 749	58 610 114 005	100,00

Source : état détaillé et tableau récapitulatif BULCI de la Direction de la solde

L'augmentation des dépenses d'hospitalisation et de soins médicaux (+26% entre 2014 et 2018) contraste avec la tendance baissière des dépenses liées aux évacuations sanitaires qui ont reculé de 356 115 050 millions de FCFA entre 2014 et 2018, soit 64% en valeur relative.

Les dépenses d'hospitalisation et de soins médicaux sont marquées par la prédominance des dépenses au profit des hôpitaux dont la part croissante tourne en moyenne autour de 79%. La part moyenne des dépenses au profit des cliniques est de 21%.

Les dépenses d'évacuations sanitaires se sont fortement contractées (64%) entre 2014 et 2018 pour s'établir à 201 971 774 FCFA en 2018, soit une réduction de plus de la moitié de la valeur en 2014.

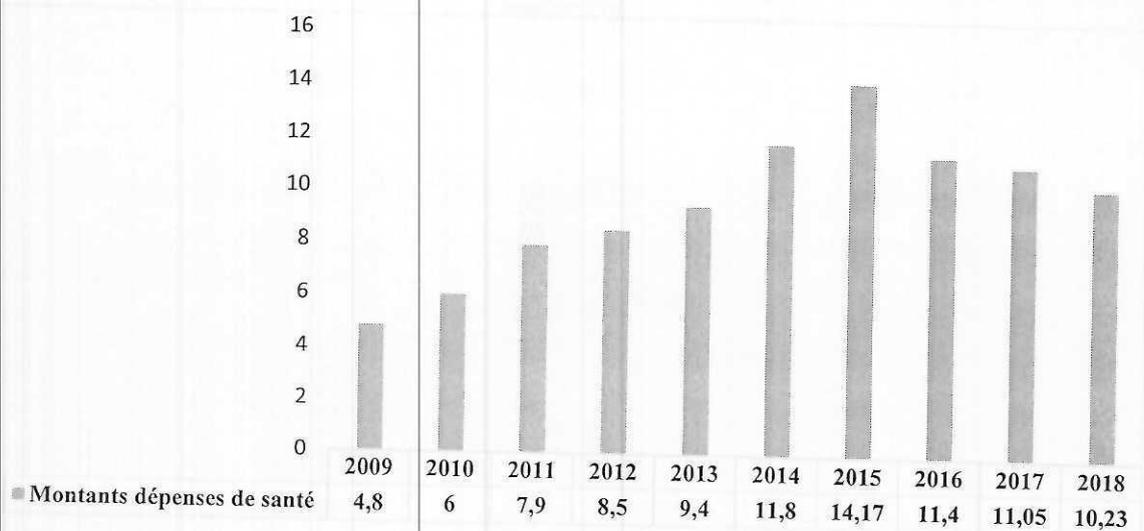
Concernant les dépenses pharmaceutiques, elles ont connu une forte contraction (77%) entre 2015 et 2018 après avoir enregistré une progression de 48% entre 2014 et 2015.

Les dépenses de prises en charge médicales se caractérisent par la part prépondérante des dépenses d'hospitalisation et soins médicaux (66,59%). Les dépenses pharmaceutiques constituent le tiers des dépenses de prises en charge médicales et les dépenses d'évacuations sanitaires occupent la plus faible proportion (3,30%).

3.2 Évolution des dépenses de prises en charge médicales

L'évolution des dépenses de prises en charge médicales de 2009 à 2018 est présentée dans le graphique ci-après.

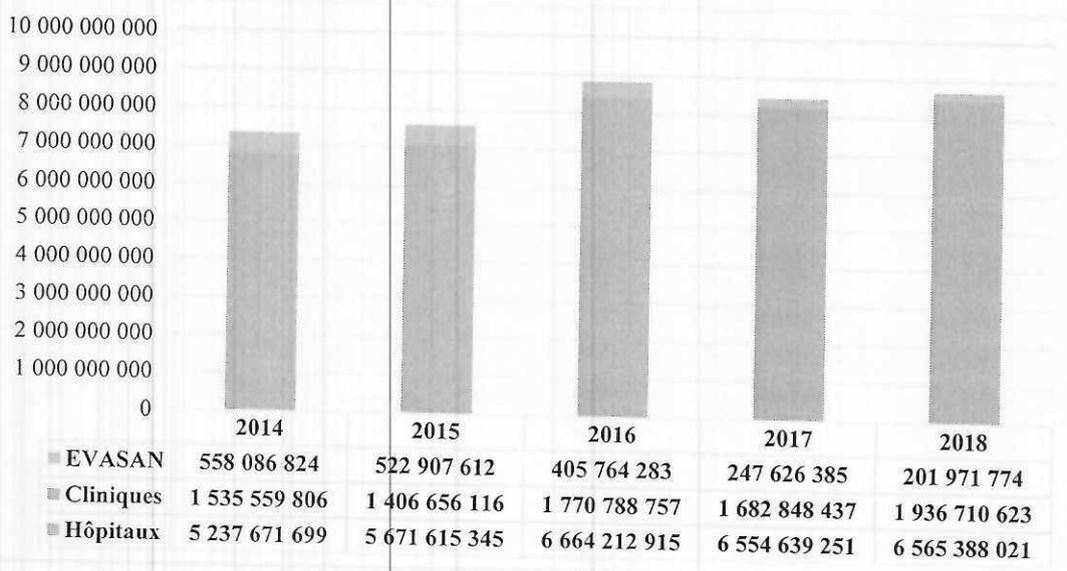
Graphique n°1: Évolution des dépenses de prises en charge médicales de 2009 à 2018



De 2009 à 2015, les dépenses de prises en charge médicales sont passées de **4,8** milliards à **14,17** milliards, soit une augmentation de près de **10** milliards durant la période considérée. Ainsi, les dépenses de prises en charge médicales se sont inscrites dans une dynamique de forte croissance et ont atteint leur point culminant en 2015 s'établissant à 14,17 milliards de francs CFA, soit une progression de 195%. Après avoir reculé de 20% entre 2015 et 2016, elles ont poursuivi leur mouvement de baisse avec de légers retraits (3% entre 2016 et 2017 et 5% entre 2017 et 2018).

Le graphique ci-après montre l'évolution des dépenses de santé hors dépenses pharmaceutiques.

Graphique n° 2: Évolution des dépenses de santé hors pharmacie de 2014 à 2018



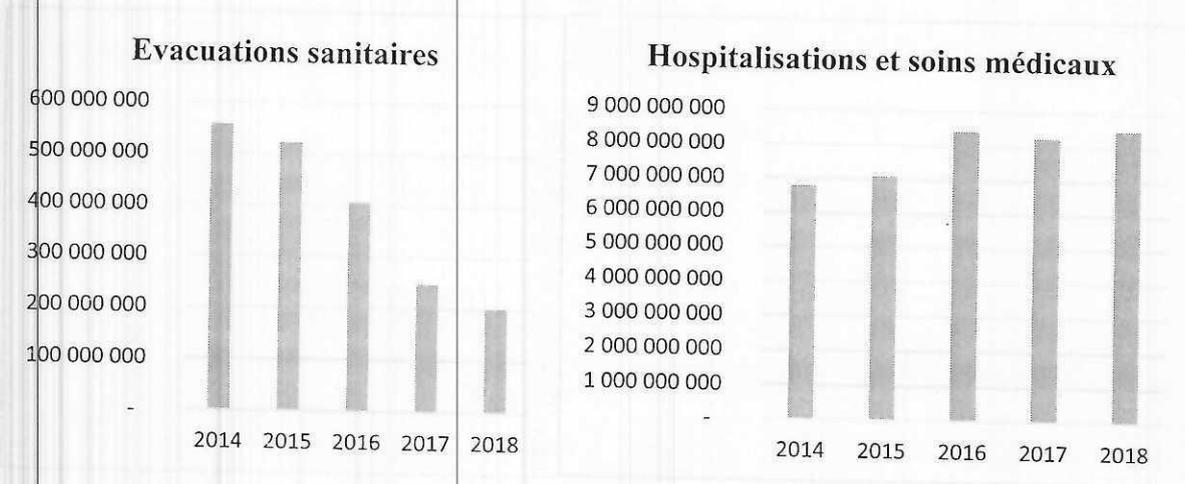
Exceptée la réduction de 2% entre 2016 et 2017, les dépenses des hôpitaux ont globalement progressé, passant de **5 237 671 699** FCFA en 2014 à **6 565 388 021** FCFA en 2018, soit une croissance de 25%.

Les dépenses des cliniques ont évolué en dents de scie. Après un retrait de 8% entre 2014 et 2015, elles ont fait un bond de 26% entre 2015 et 2016, suivi d'une contraction de 5% entre 2016 et 2017, pour finir par une hausse de 15% entre 2017 et 2018.

L'analyse spécifique de l'évolution des dépenses pour les composantes « hospitalisations et soins médicaux » et « évacuations sanitaires » montre une situation différenciée.

En effet, les coûts des évacuations sanitaires connaissent une baisse significative tandis que ceux relatifs aux hospitalisations et soins médicaux sont à la hausse.

Graphique n°3: Evolution des dépenses pour les composantes hospitalisations et soins médicaux et évacuations sanitaires



Durant la période considérée (2014-2018), les dépenses relatives aux évacuations sanitaires sont évaluées à près de **2 milliards** en termes de paiement de frais médicaux au profit de structures hospitalières à l'étranger.

Outre, les frais médicaux, l'État supporte entièrement des frais connexes liés notamment à l'achat de billets d'avion et les frais de mission pour le personnel médical accompagnant le malade.

Les évacuations sont faites auprès de structures hospitalières ou cliniques privées à l'étranger disposant d'un plateau médical approprié et dans le cadre de conventions de partenariat signées.

Le tableau ci-après retrace la répartition des évacuations sanitaires suivant les structures.

Tableau n° 9 : évolution des dépenses d'évacuation sanitaires par structure

Structures d'accueil	2014	2015	2016	2017	2018
Polyclinique internationale de Rabat	394 163 818	433 000 327	390 867 063	133 890 007	69 793 824
Hôpital universitaire Cheik Zaid de Rabat	-	-	14 897 220	113 736 378	80 740 604
Hôpital BEA JION de Paris	-	15 019 193	0	0	0
Hôpital Lariboisière de Paris	12 598 087	15 833 614	0	0	0
Hôpital Necker de Paris	454 119	7 472 317	0	0	0
Centre hospitalier Coubert de Paris	-	51 582 161	0	0	0
San Roque de las Palmas	-	0	0	0	51 437 346
Perpetuo Socoro de Las Palmas	-	0	0	0	0
Hôpital BICHAT	26 609 467				
San SALVADOR	63 121 695				
Hôpital PITIE Salpetrière	61 139 638				
TOTAL	558 086 824	522 907 612	405 764 283	247 626 385	201 971 774

Sources : Extrait dépenses de santé, rapports EVASAN à l'étranger et BULCI 2014

Durant la période sous revue, la destination marocaine est particulièrement privilégiée. En effet, la proportion moyenne des dépenses d'évacuation sanitaires en destination du Maroc est de 87%. Cela tient de l'avis des praticiens au fait que le plateau médical des structures d'accueil répond aux exigences de qualité de soins, de réactivité, de proximité du Maroc situé à 3h de vol du Sénégal et à l'absence de formalités d'obtention du visa de séjour.

CHAPITRE 2 : CADRE DE GOUVERNANCE, DE RESPONSABILISATION ET DE GESTION A PARFAIRE

L'État a mis en place un cadre de gouvernance, de responsabilisation et de gestion des processus de prises en charge médicales des agents et membres de leurs familles. Il s'agit d'examiner l'efficacité et l'efficience du système mis en place à cet effet à l'aune des points suivants :

- le cadre juridique garantit-il l'efficacité du système ?
- les rôles et responsabilités des entités intervenant dans le processus de prises en charges médicales sont-ils clairement et suffisamment définis et les mécanismes de coordination garantissent-ils l'efficacité des interventions ?
- les personnes couvertes par le régime bénéficient-elles d'un accès diversifié, équitable et à temps opportun à des services et prestations de qualité et suivant des tarifs acceptables ?
- la viabilité budgétaire du régime est-elle prise en charge au regard des ressources mobilisées ?
- la gestion des évacuations sanitaires est-elle assurée de manière efficace et efficiente ?
- les processus mis en place pour les imputations budgétaires et demandes d'évacuations sanitaires des agents de l'État et membres de leurs familles font-ils l'objet d'un traitement diligent ?

Les travaux réalisés ont permis de relever les constats ci-après.

- Un cadre législatif et réglementaire insuffisant et fragmenté ;
- Une gestion éclatée du processus et un portage stratégique défaillant ;
- Une couverture partielle et un accès limité et peu diversifié aux cliniques privées ;
- Une viabilité budgétaire menacée et des moyens d'intervention limités ;
- Des prémices d'une gestion efficiente des évacuations sanitaires ;
- Un cadre de mesure et de pilotage de la performance inexistant ;
- Des délais de traitement des demandes d'évacuation non encadrés et un parcours d'accès aux soins encore long.

1. Cadre juridique insuffisant et fragmenté

L'efficacité de la gestion des prises en charge médicales passe par la mise en place d'un cadre juridique cohérent et adapté aux exigences et objectifs définis en matière de sécurité sociale. L'objectif principal est de garantir à tout agent de l'État et aux membres de sa famille admissibles un accès diversifié aux soins et prestations médicaux suivant des coûts acceptables et respectant les principes d'équité et d'égalité.

La sécurité sociale est une garantie fondamentale accordée à tous les travailleurs. Elle trouve son fondement dans la Constitution, la Déclaration universelle des droits de l'homme, notamment en son article 22, de même que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. La loi n°61-33 du 15 juin 1961 portant statut général des

fonctionnaires, modifiée, en son article 97, consacre ce droit aux agents en ce qui concerne, notamment les risques de maladie, de maternité, d'invalidité et de décès.

L'analyse du cadre juridique a permis de relever des faiblesses et insuffisances portant essentiellement sur :

- les procédures devenues désuètes ;
- le défaut d'encadrement de certaines activités importantes pour la diversification de l'accès notamment les agréments ;
- la tarification insuffisamment encadrée ;
- l'évolution de la population admissible ;
- l'application de régime dérogatoire source d'iniquités et de discriminations entre agents de la Fonction publique ;
- les limitations dans l'accès aux soins.

Le tableau de synthèse dresse un aperçu sur les insuffisances, manquements et limites notés dans l'examen du cadre juridique.

Tableau n° 10: principales limites relevées

Admissibilité et accessibilité (l'évolution de la population admissible)

- Le décret n°72-215 du 07 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires, modifié par le décret n°2006-1309 du 23 novembre 2006 et le décret n° 74-347 du 12 avril 1974 fixant le régime spécial applicable aux agents non fonctionnaires de l'État, modifié par le décret 2006-1331 du 23 novembre 2006 précisent les personnels admissibles ; à partir de 2006, la femme fonctionnaire dispose de la capacité juridique de prendre en charge son conjoint ; ce qui impacte la population admissible ;
- Les deux textes susvisés ne font pas référence aux retraités du FNR alors que ces derniers bénéficient du régime ;
- Les prestations couvertes dans les cliniques privées sont les soins internes ou hospitalisations. Les conventions d'agrément avec les cliniques privées indiquent limitativement les prestations autorisées.

Vides juridiques

- L'agrément des cliniques privées ne fait pas l'objet d'un encadrement même si les critères et conditions d'éligibilité sont mis en œuvre ;
- Le décret n°2005-56 du 22 juin 2005 relatif aux évacuations sanitaires hors du territoire national renvoie à un arrêté du Premier Ministre pour fixer les modalités et les procédures des évacuations sanitaires. Cet arrêté n'a pas été pris jusque-là ;
- La tarification de certaines pathologies n'est pas prise en compte par l'arrêté interministériel n°003179/MEF/MFA du 1er juillet 2005 portant tarification en vigueur à l'Hôpital principal de Dakar, texte de base pour la facturation des frais médicaux.

Insuffisances du cadre de tarification

- L'arrêté interministériel n°003179/MEF/MFA du 1er juillet 2005 portant tarification en vigueur à l'Hôpital principal de Dakar sert de cadre de référence pour la facturation des frais médicaux ;

- Il s'y ajoute que cet arrêté ne tient pas compte des dernières évolutions avec certaines pathologies et les techniques médicales (Hémodialyse, IRM et tarifs non actualisés sur une longue période).

Régime dérogatoire

Un régime dérogatoire de prise en charge totale est accordé à certaines catégories d'agents de l'État à travers les textes ci-après.

- Décret n°2010 -1466 du 8 novembre 2010 relatif aux avantages accordés aux officiers généraux de la 2^e section des cadres de l'État-major des Armées : l'article 2 dudit décret prévoit « une prise en charge à 100% pour le traitement médical ou l'évacuation sanitaire à l'étranger en cas de maladies ou d'infirmités graves des bénéficiaires » ; cette dérogation n'est accordée qu'aux officiers généraux de la deuxième section des cadres de l'État-major général des Armées ;
- Arrêté interministériel n°012012 du 17 octobre 1981 accordant la gratuité des soins au personnel de la santé.

CONFIDENTIEL

En outre, le cadre juridique régissant les prises en charge médicales est éparpillé entre plusieurs supports normatifs sans réelle articulation. En effet, plusieurs dispositions structurantes et régissant le système de prises en charges médicales sont éclatées entre différents textes tels que spécifié dans le tableau n°1 relatif au portrait du cadre juridique. La loi 61-33 portant statut général des fonctionnaires consacre la prise en charge médicale des agents en précisant en son article 97 « un décret pris en conseil des ministres fixera les règles applicables aux fonctionnaires du Sénégal en matière de sécurité sociale, en ce qui concerne notamment les risques maladies, maternité, invalidité, décès. »

Cependant, le décret n°72-215 relatif à la sécurité sociale est resté muet sur les sujets relatifs notamment aux rôles et responsabilités des acteurs, la tarification, l'octroi de dérogations, les agréments, etc. Ainsi, d'autres textes ont été pris en vue de couvrir la survenance des nouvelles réalités de gestion sans une articulation avec le cadre fondateur.

Cette dispersion ne favorise pas une cohérence d'ensemble et un contrôle efficace des prises en charge médicales.

Le cadre législatif et réglementaire date des années 70 et ne prend pas en compte, d'une part, les dernières évolutions notées en matière d'admissibilité, de facturation des soins et n'encadre pas, d'autre part, certaines activités importantes pour la diversification de l'accès aux soins telles que les agréments, les conventions et ententes de gestion. Les évolutions substantielles relevées ont plus porté sur l'octroi de régime dérogatoire.

Certaines dérogations sont accordées à des catégories d'agents de l'État. A cet effet, la Cour fait remarquer l'utilisation de différents supports normatifs notamment le décret n°2010 -1466 du 8 novembre 2010 relatif aux avantages accordés aux officiers généraux de la 2^e section des cadres de l'État-major des Armées et l'arrêté interministériel n° 012012 du 17 octobre 1981 accordant la gratuité des soins au personnel de la santé pour encadrer lesdites dérogations.

M

Cependant, l'application de régimes dérogatoires au profit d'agents de l'État constitue un facteur de risque important de désagrégation du système de prise en charge et une source d'accroissement des inégalités de traitement et des coûts.

Le tableau joint en **annexe n°2** donne un aperçu de l'évolution du cadre législatif et réglementaire régissant la prise en charge médicale. Le cadre juridique régissant la sécurité sociale des fonctionnaires et le système de prises en charge des agents n'ont pas fait jusque-là l'objet d'une évaluation pour corriger les insuffisances et tenir compte des évolutions.

Toutefois, des dynamiques actuellement en cours vont dans le sens d'un encadrement des conditions d'octroi et de retrait des agréments aux cliniques privées, de la révision et de la mise à jour du cadre juridique régissant le système de prises en charge médicale des agents de l'État.

Les projets de textes régissant la gestion des agréments ainsi que de projets de conventions avec des structures sanitaires pour diversifier l'offre de soins ont été portés à la connaissance de la mission. Ces initiatives résultent des travaux de la Commission ad hoc sur les agréments. Le tableau joint en **annexe n°3** donne un aperçu des projets d'agréments et des services couverts.

Par ailleurs, au niveau du ministère de la Fonction publique un processus de révision des textes relatifs à la prise en charge médicale des agents de l'État a été amorcé depuis 2011. Cependant, des retards subsistent quant à l'adoption desdits textes.

Les manquements relevés dans le cadre juridique ne favorisent pas une exécution adéquate de la couverture médicale des agents de l'État.

Le Directeur de la Solde souligne qu'un « *arrêté interministériel qui fixe les conditions d'octroi et de retrait des agréments ainsi que les modalités de contrôle des établissements de santé agréés est déjà signé (...)* ». Ainsi une commission est mise en place pour évaluer les demandes d'agréments aux établissements privés de santé.

Cependant, la Cour fait observer que la seule mise en place d'une commission d'octroi et de retrait des agréments est loin de corriger les principaux manquements relevés plus haut.

Recommandation n°1 :

La Cour recommande au Ministre des Finances et du Budget et au Ministre de la Fonction publique et du Renouveau du Service public, chacun suivant ses responsabilités de faire procéder à une révision du cadre juridique en vue de l'adapter aux exigences de cohérence, d'efficacité et d'équité en matière de sécurité sociale.

2. Gestion éclatée des processus de prises en charges médicales et portage stratégique encore timide

L'objectif du Gouvernement affirmé dans le Plan Sénégal émergent (PSE) est de « *renforcer la sécurité sociale des travailleurs et des retraités* ». Dans cette perspective, la Stratégie nationale de Protection sociale se fixe comme ambition de « réformer le Système de Protection Sociale pour assurer une utilisation plus efficace des ressources, le renforcement des systèmes vers une forme plus inclusive de la protection sociale ».

L'efficacité du système de prise en charge médicale des agents de l'État repose sur l'élaboration par les entités responsabilisées d'une stratégie alignée aux objectifs définis, la définition claire de leurs rôles et responsabilités dans la mise en œuvre et la mise en place de mécanismes fonctionnels de coordination, de communication.

L'analyse du cadre de gestion de la prise en charge médicale des agents de l'État et membres de leurs familles révèle l'absence d'une stratégie définie.

Cette situation résulte de l'éclatement des centres de responsabilités et de l'insuffisance de mécanismes fonctionnels et permanents de coordination des interventions. Les différentes composantes du système de prise en charge médicale des agents de l'État sont gérées de manière séparée par les entités responsabilisées (voir chapitre 1) et l'analyse de leurs missions ne laisse transparaître aucun portage stratégique clairement assigné à une structure.

Ainsi, les objectifs définis sont faiblement pris en compte par la Direction de la Solde et le Centre médico-social dans la gestion stratégique de leurs processus.

Aussi convient-il de noter que la Direction de la Solde relie le processus de prise en charge médicale des agents de l'État à l'objectif : « *moderniser l'accessibilité des services aux usagers* » à travers notamment l'amélioration de la qualité de l'accueil et de l'information aux usagers tandis que le Centre médico-social de la Fonction publique ne dispose pas d'un plan stratégique.

Le Conseil de Santé, organe consultatif, reste encore confiné dans des actions plus opérationnelles (avis sur les questions relatives à l'aptitude professionnelle, les congés maladie, les congés longue durée, les changements d'activité pour raison médicale, les évacuations sanitaires hors du territoire national) que stratégiques.

Par ailleurs, l'absence de cadres fonctionnels et permanents de coordination ne favorise pas une mise en cohérence des interventions, et une bonne maîtrise des processus et des ressources un suivi-évaluation adéquat et une reddition régulière des comptes.

Certaines initiatives de coordination sont mises en œuvre par la Direction de la Solde dans le cadre d'un comité ad hoc pour résoudre des problèmes ponctuels. C'est le cas, notamment pour l'octroi et le retrait des agréments institué par la Direction de la Solde.

La responsabilisation des entités et la mise en place de cadre permanent de coordination, d'échanges et communication entre les acteurs impliqués constituent un pilier important pour favoriser la couverture correcte des activités et satisfaire une reddition régulière des comptes.

Recommandation n°2 :

La Cour recommande au Ministre des Finances et du Budget et au Ministre de la Fonction publique et du Renouveau du Service public de :

- **prendre les dispositions nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie de gestion du système de prise en charge médicale des agents de l'État ;**
- **mettre en place un cadre permanent de concertation et de coordination du système de prises en charge médicales des agents de l'État.**

3. Prises en charge médicales et accès aux cliniques privées

L'administration d'un régime d'assurance maladie requiert de s'assurer que les personnes couvertes ainsi que les principaux bénéficiaires reçoivent des prestations et services de qualité, à temps opportun et à des tarifs acceptables.

Les agents de l'État ainsi que les membres de leurs familles bénéficient de l'accès aux soins auprès des hôpitaux publics, du Centre médico-social de la Fonction publique et des cliniques privées agréées par l'État.

Le portrait des structures prestataires de soins au profit des agents de l'État et membres de leurs familles se présente ainsi qu'il suit :

Tableau n° 11: portrait des structures sanitaires prestataires de soins

Structures	Établissements publics de santé (EPS)	Cliniques privées agréées	Cliniques et hôpitaux à l'étranger
	38 EPS	14 cliniques	11 structures*
Localisation et couverture	Toute l'étendue du territoire national	Dakar	Maroc Las Palmas France

Source : BULCI et conventions d'agrément et liste des cliniques agréées

* 2 au Maroc, 2 à Las Palmas et 7 en France)

La Convention avec « Assistance publique Hôpitaux de Paris » a été dénoncée depuis 2015.

CONFIDENTIEL

Les travaux menés montrent une couverture partielle des prises en charge médicale et un accès limité aux cliniques privées, des iniquités entre agents de l'État dans la couverture médicale et une prise en compte de la dimension genre dans l'accès aux soins.

3.1. Couverture partielle et accès limité aux cliniques privées

Les prises en charge médicales des agents de l'État ne couvrent pas les dépenses pharmaceutiques ; ces dernières ne concernent que les militaires invalides.

Les dépenses pharmaceutiques sont entièrement supportées par les agents de l'État alors que dans le secteur privé, le système mis en place avec l'IPM permet de couvrir la pharmacie dans le panier de services.

Cette insuffisance est comblée par un recours à des régimes complémentaires et supplémentaires de prises en charge afin de faire face aux besoins de soins, d'atténuer les dépenses et de bénéficier du remboursement des frais pharmaceutiques.

L'assurance complémentaire est une forme d'assurance privée qui se greffe à l'assurance publique ne couvrant pas 100% des coûts des soins couverts.

L'assurance supplémentaire sert à compléter le panier de services afin de couvrir des soins qui ne sont pas du tout pris en charge par l'assurance publique.

Les données recueillies auprès de la Direction de la Solde font état de six (06) mutuelles et la situation des retenues à la source montre d'importantes sommes mobilisées. Le tableau joint en **annexe n°4** donne la situation non exhaustive du recours à des régimes complémentaires et les retenues opérées par la Direction de la Solde.

Par ailleurs, au regard de la carte sanitaire, le nombre de cliniques privées agréées par l'État reste encore faible. En effet, sur cent douze (112) cliniques privées recensées dans le répertoire des structures privées de santé, seules 14 cliniques bénéficient d'un agrément et assurent des prestations au profit des agents de l'État. Pour la gestion 2018, les prestations offertes par ces dernières n'ont représenté que 22,78% contre 77,22% pour les hôpitaux (voir tableau relatif à la ventilation des dépenses de santé par structure de 2014 à 2018 joint en **annexe 5**).

Cette situation résulte, en partie, de la limitation des services couverts par les cliniques agréées en matière de soins internes (hospitalisations). En effet, les conventions d'agrément signées avec les cliniques privées n'autorisent, exceptée la Clinique Croix bleue, que des interventions en matière d'accouchement. Par conséquent, quel que soit le plateau médical et les prestations médicales offertes par ces cliniques, tous les frais ne sont pas couverts au profit des agents de l'État.

Le tableau ci-après illustre la portée de la prise en charge des agents de l'État dans les cliniques.

Tableau n° 12 : vue synoptique des prestations couvertes dans la prise en charge médicale des agents dans les cliniques privées

Cliniques	Prestations autorisées/convenues	Observations
Cliniques privées agréées au niveau national		
Croix bleue	Gynécologie, obstétriques médecine interne et spécialités médicales, pédiatrie et chirurgie, spécialités chirurgicales, laboratoire biomédicale, imagerie médicale	
Maimouna	Accouchement	Les autres prestations médicales sont exclues de la prise en charge médicale
Nabou	Accouchement	
Rada	Accouchement	
Cliniques privées à l'étranger		
San Roque		
Hôpital Cheikh Zaid	Médecine, chirurgie générale et spécialisée, cardiologie, dialyse,	La convention inclut toutes les prestations médicales et actes chirurgicaux disponibles dans la clinique
Polyclinique de Rabat	oncologie, biologie, Imagerie médicale,	
Perpetuo Socoro de las Palmas	Anatomopathologie et autres explorations	
AP-HP	Soins médicaux et chirurgicaux de haut niveau	

Source : Conventions avec les cliniques privées au niveau national et en matière d'EVASAN

Les opportunités et possibilités du secteur privé sont faiblement prises en compte alors que ce dernier connaît de plus en plus une extension et contribue au relèvement et à la diversification de l'offre de soins.

Selon la Direction des établissements privés, le secteur occupe une place très importante dans le dispositif avec une couverture d'environ 46% et de nouvelles autorisations depuis 2017 et il y est noté une évolution progressive d'une offre très diversifiée en services de santé, des plateaux techniques de plus en plus relevés et surtout de nouvelles spécialisations.

Par ailleurs, la Cour fait remarquer que toutes les 14 cliniques agréées se trouvent à Dakar. Cela peut poser un problème d'équité dans l'accessibilité géographique aux soins même s'il convient de préciser que l'agrément des cliniques privées est encadré par des critères et conditions définis par la réglementation. Il reste tributaire de la disponibilité de l'offre et du respect des conditions prévues par la réglementation.

Recommandation n°3 :

La Cour recommande au Directeur de la Solde et au Médecin chef du Centre médico-social de la Fonction publique, chacun suivant ses responsabilités de :

- mettre en œuvre les diligences nécessaires pour la signature et la diversification des conventions d'agrément ;
- mettre en place un mécanisme approprié de suivi du respect des conditions d'agrément.

3.2. Inégalités dans l'accès aux soins

L'examen du système de prises en charge médicales permet de relever des « iniquités » assumées par l'État dans le traitement des agents à travers, notamment des dérogations accordées à certaines catégories de personnels.

En effet, les généraux, les militaires de rang et les personnels de santé des structures relevant du MSAS ainsi que les membres de leurs familles bénéficient d'un régime de gratuité aux soins. Ce régime de gratuité accordé à ces catégories de personnels est encadré notamment par le décret n°2010-1466 du 8 novembre 2010 relatif aux avantages accordés aux officiers généraux de la 2^e section des cadres de l'État-major des Armées et l'arrêté interministériel n°012012 du 17 octobre 1981 accordant la gratuité des soins au personnel de la Santé.

La Direction de la Solde n'a pas mis à la disposition de la mission les données relatives à la grappe familiale concernant les gestions sous revue. Cependant, la situation de la grappe familiale en août 2020 a été produite.

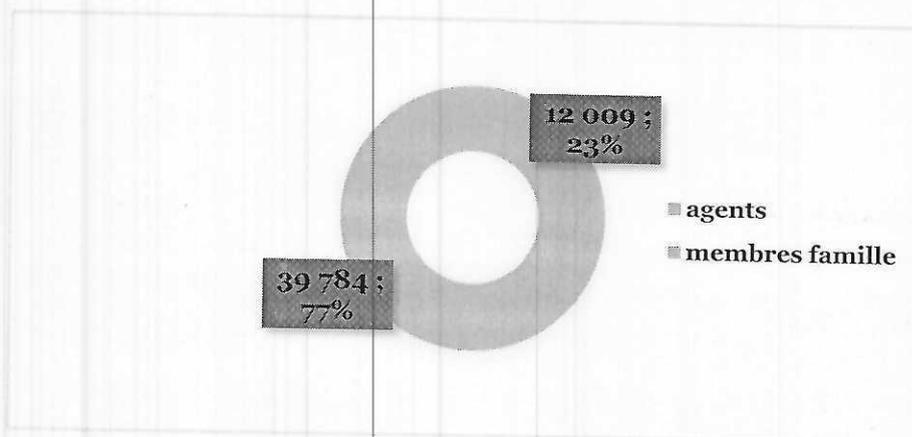
L'exploitation des données montre qu'en 2020 plus de **50 000** personnes bénéficient de la gratuité. Le tableau et le graphique ci-après en donnent la situation.

Tableau n°13 : répartition des bénéficiaires de la gratuité de la prise en charge médicale en 2020

Catégorie	Section 32	Section 54	Total	Proportion
Agents	6 341	5 668	12 009	23%
Membres de la famille	19 595	20 189	39 784	77%
Total	25 936	25 857	51 793	100%

Source : Direction de la Solde, détail grappe familiale 2020

Graphique n°4 : situation des agents de l'État et membres de famille bénéficiaires du régime de gratuité pour la prise en charge médicale



La gratuité des soins est accordée au personnel de santé des structures relevant du MSAS et une partie des agents du MFA.

Cette option, bien qu'elle ne souffre d'aucune irrégularité pose un problème d'équité et d'égalité dans le traitement et l'accès aux soins entre agents de la Fonction publique.

3.3. Accessibilité financière garantie

Conformément au décret n°72-215 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires, l'État, en tant qu'employeur, supporte **80%** des frais facturés par les structures prestataires. L'agent de l'État prend en charge directement auprès des services facturiers les **20%** des frais lui revenant.

En outre, la tarification applicable aux agents de l'État est le tarif préférentiel fixé par l'arrêté n° 003179/MEF/MFA du 1er juillet 2005 portant tarification en vigueur à l'Hôpital Principal de Dakar.

Ces dispositions permettent d'assurer et de renforcer l'accessibilité financière aux soins médicaux comparativement au reste de la population qui ne bénéficie pas du système de prise en charge et est alignée au tarif général plus onéreux.

3.4. Prise en compte de la dimension genre dans l'accès aux soins

L'État, en vue de parvenir à une égalité de genre et éliminer toute forme de discrimination fondée sur le sexe, a procédé à une révision de son cadre législatif et réglementaire.

Ainsi, la loi n°72-61 du 12 juin 1972 portant code de la famille, modifiée et le décret n°2006-1309 du 23 novembre 2006 modifiant le décret n°72-215 du 07 mars 1972 relatif à la Sécurité sociale offrent désormais la capacité juridique aux femmes fonctionnaires de prendre en charge leurs époux non fonctionnaires et prescrivent les obligations réciproques entre époux portant sur les soins et l'assistance pour la sauvegarde des intérêts moraux et matériels du ménage et des enfants communs.

En outre, la Stratégie nationale pour l'Équité et l'Égalité de genre (SNEEG) 2016-2026 se fixe comme vision de « *Faire du Sénégal un pays émergent en 2026 avec une société solidaire dans un État de droit, sans discrimination, où les hommes et les femmes auront les mêmes chances de participer à son développement et de jouir des bénéfices de sa croissance* ».

L'exploitation des données désagrégées suivant le sexe, recueillies auprès de la Direction de la Solde permet de vérifier l'effectivité de la mesure prise par l'État et d'apprécier la part accordée aux femmes dans les prises en charge médicales. Le tableau ci-après donne la situation de la prise en charge médicale en lien avec la capacité juridique offerte aux femmes fonctionnaires et non fonctionnaires.

Tableau n°14 : situation des prises en charge médicales par la femme fonctionnaire et non fonctionnaire

Agents	Membres	2014	2015	2016	2017	2018
Conjointe	Enfants	86 451	94 285	103 801	112 252	120 027
	Conjoint	24 906	27 660	33 591	39 160	45 637
TOTAL		111 357	121 945	137 392	151 412	165 664
Population bénéficiaire d'IB		310 577	336 168	372 953	408 477	444 234
Part relative dans la prise en charge des ayants droit		35,85	36,28	36,84	37,07	37,29

Source : Direction de la Solde

La femme fonctionnaire fait bénéficier de l'accès aux soins à son époux et ses enfants, conformément aux assises légales et réglementaires. La prise en charge médicale par la femme fonctionnaire montre une proportion non négligeable dans la couverture médicale au profit des ayants droit. Elle se traduit par une hausse continue durant la période sous revue passant de 35,85 en 2014 à 37,29 en 2018.

Au niveau des évacuations sanitaires, les données sexo-spécifiques produites par le Centre médico-social de la Fonction publique montrent des ratios encore faibles pour les femmes. Le tableau ci-dessous tiré de l'exploitation des données sur les rapports d'activités sur les évacuations sanitaires en dresse la situation.

Tableau n°15 : Sex-ratio des EVASAN de 2014 à 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
Sex-ratio niveau agents de l'État	ND	ND	8,6	3,83	4,6
Sex-ratio niveau population couverte	ND	ND	3,2	2,2	1,7

Source : Rapports d'activités EVASAN Centre médico-social 2016, 2017, 2018

La sex-ratio est déterminée sur la base de la proportion nombre d'hommes sur nombre de femmes dans les évacuations sanitaires.

Les données désagrégées suivant le genre font ressortir des sex-ratios en faveur des hommes même si une tendance baissière s'observe à l'échelle de la population couverte. En effet, au niveau des agents de l'État, les sex-ratios sont passés de 8,6 en 2016 à 4,6 en 2018 alors qu'au niveau de la population couverte les taux connaissent une diminution sensible passant de 3,2 à 1,7.

Toutefois, il convient de préciser que la structure actuelle de la Fonction publique montre déjà des écarts importants entre la part des hommes et celle des femmes (94 847 hommes soit 72,13% pour 36 646 femmes soit 27,86%).

4. Viabilité budgétaire du régime menacée et moyens d'intervention limités

L'efficacité et la viabilité du système de prises en charges médicales des agents de l'État exige la mobilisation et l'affectation de ressources suffisantes et appropriées.

Ainsi, la gestion du système requiert d'accorder une attention à la viabilité ainsi qu'aux moyens d'intervention mis en place pour garantir l'efficacité et la qualité des prestations et soins rendus aux ayants droit.

4.1. Viabilité budgétaire du régime

La viabilité budgétaire du régime consiste à assurer une pérennité des prises en charge médicales à travers l'allocation de ressources suffisantes.

Le cadre de gestion ne favorise pas une viabilité budgétaire du système de prises en charge médicales. La faible maîtrise de la programmation entraîne des dépassements récurrents entre prévisions et réalisations. Le tableau ci-après retrace les écarts persistants et importants entre prévisions et réalisations ainsi que la subsistance d'instances ou d'arriérés de paiements.

Tableau n°16 : Prévision et exécution des dépenses de prises en charge médicales de 2014 à 2018

	2015	2016	2017	2018
Prévision	9 500 000 000	9 500 000 000	9 500 000 000	9 500 000 000
Exécution	14 169 670 261	11 558 942 552	11 046 490 461	11 075 740 049
Écart	4 669 670 261	2 058 942 552	1 546 490 461	1 575 740 049
Instances			1 948 988 473	

Source : Direction de la Solde

Entre 2015 et 2018, les dépenses exécutées (base liquidation ou ordonnancement) sont supérieures aux prévisions. Durant la période considérée, les prévisions connaissent un plafonnement des inscriptions à hauteur de **9 milliards 500 millions** alors que la réalité de la gestion montre une exécution constante au-delà des prévisions initiales.

La proportion des dépenses de prises en charge médicales connaît une baisse continue dans les dépenses de personnel (Voir tableau n°6 de la page19) alors que les effectifs de la Fonction publique et la population admissible évoluent à la hausse et que les frais d'hospitalisation et les soins médicaux ne cessent de croître.

L'exécution des dépenses de prises en charge médicales au-delà des prévisions pose également la lancinante question de la régularité de la conduite des opérations. En effet, les crédits destinés à cette catégorie de dépenses sont limitatifs.

Par ailleurs, la faiblesse des crédits alloués aux dépenses de prises en charge médicales et les dépassements récurrents notés posent un problème de sincérité des prévisions budgétaires. Ces dernières ne tiennent pas compte de l'augmentation de la population admissible et des coûts relatifs aux frais médicaux.

Aussi, est-il récurrent d'observer la constitution d'un stock important d'instances de factures non ordonnancées en fin de gestion. Le tableau ci-dessous donne la situation au titre des exercices 2017 et 2018.

Tableau n°17 : situation des factures non ordonnancées au 31 décembre 2017 et 2018

Structures	2017	2018
Hôpitaux	700 051 401	1 507 442 882
Cliniques	308 305 079	228 469 499
TOTAL	1 008 356 480	1 735 912 381

CONFIDENTIEL

Source : Données, Direction de la Solde

Les crédits non ordonnancés sont systématiquement répercutés et différés sur les exercices suivants l'année n généralement n+1 voire n+2.

L'analyse de l'échantillon des BULCI 2018 confirme cette pratique consistant à différer l'ordonnancement des factures du fait de l'épuisement des crédits.

Le Directeur de la Solde explique la récurrence des dépassements sur l'exécution des dépenses de prises en charge médicale par l'augmentation des effectifs de mise en solde dans les secteurs sociaux notamment l'éducation, la santé et les forces de défense et de sécurité alors que parallèlement les prévisions n'ont pas suivi.

Aussi a-t-il souligné que les crédits destinés aux prises en charge médicale ont été revus à la hausse dans la LFI 2021.

La Cour rappelle que les dépassements sur crédits limitatifs contreviennent à la réglementation malgré les dispositions prises pour améliorer les prévisions et éviter les dépassements.

Cette accumulation des instances de paiement dues aux structures hospitalières fait peser une menace sérieuse sur la viabilité budgétaire et l'efficacité du système de prises en charge médicales des agents de l'État.

En outre, il est relevé des inscriptions budgétaires relatives aux prises en charge médicale dans des sections autres que la section 60 administrée par la Direction de la Solde. Ces inscriptions sont retracées dans les sections du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, du Ministère de l'Éducation nationale, du Ministère des Affaires étrangères et des Sénégalais de l'Extérieur, du Ministère de la Justice, du Ministère des Forces armées et de la Présidence de la République pour des montants cumulés de plus de 22 milliards. Les prévisions de dépenses dans lesdites sections sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° 18 : Situation des prévisions de dépenses dans les sections autres que 60

GESTION	Prévisions retracées dans les sections autres que 60	Ministères et institutions
2014	1 600 000 000	Ministère de la Justice
	7 752 000 000	Ministère de l'Éducation nationale
	2 777 154 000	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
Sous total 1	12 129 154 000	
2015	800 000 000	Ministère de la Justice
	3 876 000 000	Ministère de l'Éducation nationale
	1 385 898 000	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
Sous total 2	6 061 898 000	
2016	2 081 373 000	Ministère des Affaires étrangères et des Sénégalais de l'Extérieur
	500 000	Ministère de l'Enseignement supérieur, de Recherche et de l'Innovation
Sous total 3	2 081 873 000	
2017	1 199 000 000	Ministère des Affaires étrangères et des Sénégalais de l'Extérieur
	24 500 000	Ministère des Forces armées
Sous total 4	1 223 500 000	
2018	8 000 000	Présidence de la République
	1 451 400 000	Ministère des Affaires étrangères et des Sénégalais de l'Extérieur
Sous total 5	1 459 400 000	
TOTAL GENERAL	22 955 825 000	

Source : Données de la Direction de la Programmation budgétaire

Cette situation contribue à accentuer les écarts entre prévisions et réalisations au niveau de la section 60 destinées à abriter entre autres les dépenses de prises en charge médicales.

En outre, cette pratique ne favorise pas une traçabilité et une fiabilité des données sur les prises en charge médicale des agents de l'État. Selon le Directeur de la Solde, son périmètre d'intervention en matière de dépense de santé se limite à la section 60 « Charges non réparties ». Par conséquent, la Direction de la solde n'ordonne que les dépenses inscrites dans ladite section et n'a pas de mainmise et de lisibilité sur l'exécution des dépenses au niveau des autres sections.

En réponse à l'affectation de crédits relatifs aux prises en charge médicales, le Directeur de la Solde admet que par souci d'efficacité, il est préférable que les crédits relatifs aux dépenses de santé soient centralisés au niveau de la section 60.

A ce propos, le MFB souligne avoir adopté cette démarche dans le budget 2021 et les crédits alloués au MAESE ont été transférés dans la section 60.

Recommandation n°4 :

La Cour recommande au Ministre des Finances et du Budget de faire prendre les dispositions nécessaires pour :

- **l'allocation adéquate de crédits destinés aux dépenses de prises en charge médicales en vue d'apurer les instances et de préserver la viabilité du système ;**
- **le parachèvement du processus de centralisation des crédits destinés à la prise en charge médicale au niveau de la section 60.**

4.2. Moyens d'intervention du Centre médico-social encore limités

Le Centre médico-social de la Fonction publique a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé des agents de l'État et de leurs familles à l'égard desquels, il assure dans la limite de ses compétences **le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades**, des blessés et femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques et sociaux des patients.

L'activité principale du Centre médico-social est de prodiguer des soins et consultations en ambulatoire et de référer suivant les cas à des spécialistes au niveau des hôpitaux.

Ainsi, les prestations offertes par le Centre tournent essentiellement autour de la Médecine générale, de la cardiologie, des soins infirmiers, de la santé mère enfants, des analyses avec son laboratoire (bilans standards), des échographies, de la santé de la reproduction et du suivi des femmes enceintes (consultations gynécologiques).

Malgré les investissements réalisés dans l'acquisition de matériels et d'équipements (échodoppler pour la cardiologie, équipements laboratoire d'analyse, etc.) pour renforcer ses capacités d'aide au diagnostic, des efforts significatifs devraient être poursuivis pour faciliter l'accès à des prestations de qualité, accompagner et soutenir davantage le système de prise en charge.

Le Centre ne couvre pas encore certains besoins dans des spécialités importantes telles que l'ophtalmologie ainsi que la radiologie. En effet, certains équipements tels que l'appareil de radiographie standard, l'appareil de mammographie, le scanner, l'IRM ne sont pas encore disponibles malgré la récurrence des besoins des agents de l'État dans ces domaines.

Le renforcement des capacités d'aide au diagnostic permet de juguler les délais d'attente parfois longs pour les agents de l'État et de détecter de manière précoce certaines pathologies pouvant avoir des impacts sur leur bien-être et les coûts de prise en charge.

Recommandation n°5 :

La Cour recommande au **Ministre de la Fonction publique et du Renouveau du Service public** et au **Médecin chef du Centre médico-social de la Fonction publique** de poursuivre les efforts d'investissement et de renforcer les capacités d'aide au diagnostic du Centre médico-social de la Fonction publique.

CONFIDENTIEL

5. Prémices d'une gestion efficiente des évacuations sanitaires

Les coûts des évacuations sanitaires de 2014 à 2018 connaissent une baisse significative passant de **558 086 824 FCFA** en 2014 à **201 971 774 FCFA** en 2018, soit 64%, même si parallèlement le nombre d'évacués a progressé au cours des trois dernières années. Le tableau ci-dessous présente l'évolution des évacuations sanitaires durant la période considérée.

Tableau n°19 : Évolution des EVASAN réparties en nombre et en coût de 2014 à 2018

Années	Nombre	Coût	Évolution en %
2014	39	558 086 824	Na
2015	23	522 907 612	- 6
2016	37	405 764 283	-22
2017	39	247 626 385	-39
2018	47	201 971 774	-18
Total	185	1 936 356 878	

Source : Rapports du Centre médico-social de la Fonction publique et PV réunions Conseil de santé

Cette baisse traduit les prémices de gestion efficiente des évacuations observée à partir de 2017 (-39%). Elle coïncide avec l'ouverture et la diversification des conventions de partenariat. En effet, pour le cas spécifique de la destination marocaine, la mise en œuvre du partenariat avec l'Hôpital universitaire Cheik Zaïd de Rabat a permis de réduire les coûts de manière sensible.

Selon le Médecin Chef du Centre médico-social de la Fonction publique, la réduction des coûts d'évacuations sanitaires au niveau de la destination du Maroc résulte particulièrement de la signature de la Convention avec l'Hôpital Cheikh Zaïd à partir de 2016. En effet, les coûts des évacuations vers l'hôpital polyclinique de Rabat étaient plus chers en raison de l'externalisation de services qu'elle n'offrait pas directement vers d'autres structures. Cette situation impacte, en définitive, les coûts facturés par l'Hôpital polyclinique de Rabat au Conseil de Santé.

Une analyse comparative des offres des deux structures a permis au Conseil de Santé et au Centre médico-social de relever des différences dans la tarification et la facturation des soins médicaux pour des patients présentant les mêmes pathologies et à un niveau d'offres de prestations égales.

Cependant, selon le Médecin Chef du Centre, l'analyse comparative des offres a été abandonnée depuis 2017. Les évacuations sanitaires vers l'Hôpital Cheikh Zaïd sont

actuellement privilégiées dans la destination du Maroc en raison des coûts et des prestations offertes.

En outre, la baisse relevée est également à corréliser avec les investissements réalisés pour le relèvement du plateau technique au niveau national en ce qui concerne certaines pathologies notamment le cancer.

Les évacuations sanitaires portent sur les pathologies ne pouvant pas être prises en charge au niveau des formations sanitaires nationales. Le tableau suivant dresse la situation des évacuations sanitaires sur la période 2016-2018.

Tableau n°19 : répartition des évacuations sanitaires par spécialité de 2016 à 2018

Spécialités	2016	%	2017	%	2018	%
Cancérologie	15	40,54	14	35,90	14	29,79
Cardiologie	9	24,32	15	38,46	21	44,68
Gastro-entérologie	1	2,70	3	7,69	5	10,64
Neurochirurgie	6	16,22		0,00	2	4,26
Affection vasculaire		0,00		0,00	1	2,13
Ophthalmologie	3	8,11	2	5,13	3	6,38
ORL	1	2,70	1	2,56	1	2,13
Orthopédie	2	5,41	1	2,56		0,00
Immunologie		0,00	2	5,13		0,00
Pneumologie		0,00	1	2,56		0,00
TOTAL	37	100,00	39	100,00	47	100,00

Source : rapports d'activités du Centre médico-social de la Fonction publique 2016 à 2018

Au cours de la période sous revue, la cancérologie et la cardiologie constituent les deux premières causes d'évacuation. Elles représentent au moins 6 évacuations sur 10 et résultent d'une insuffisance en matériels médicaux appropriés ainsi que de l'indisponibilité de l'expertise.

Cette situation pose en toile de fond la question de la souveraineté sanitaire à travers la mise en place d'un plateau technique relevé au sein des structures sanitaires nationales et la disponibilité de certaines spécialités dans l'offre de soins.

Le Gouvernement, dans le cadre du relèvement du plateau technique à l'effet d'améliorer la prise en charge de certaines pathologies, a annoncé lors du Conseil des ministres du 24 février 2021, la construction d'une polyclinique de dernière génération. La réalisation de cette infrastructure devrait contribuer à la baisse des évacuations sanitaires.

Les raisons fondamentales justifiant les décisions d'évacuation concernant les pathologies susvisées, selon les informations recueillies auprès du Médecin Chef du Centre médico-social de la Fonction publique, sont liées à certaines insuffisances du système de prises en charge. Le tableau suivant en dresse le portrait.

Tableau n°20 : vue synoptique des insuffisances de la prise en charge médicale en cardiologie et en oncologie

Spécialités	Insuffisances du système de prises en charge
Cardiologie	<ul style="list-style-type: none"> • défaut d'environnement adéquat de réanimation post opératoire ; • défaut en équipement post opératoire (appareil d'assistance circulatoire permettant au cœur de se reposer dans les suites post opératoires) et intrants (médicaments entre autres...) de chirurgie à cœur ouvert et de réanimation ; • défaut de personnel médical spécialisé et entraîné
Oncologie	<ul style="list-style-type: none"> • défaut en médicaments de chimiothérapies ; • radiothérapie ; • complexité de certaines interventions chirurgicales.

En ce qui concerne le traitement des cancers, les évacuations connaissent une tendance relativement baissière liée à l'acquisition et à l'installation d'appareils de radiothérapie au niveau de l'hôpital le Dantec et de l'hôpital DALAL JAMM, la disponibilité de produits de chimiothérapie à la Pharmacie nationale d'Approvisionnement ainsi que la gratuité dans les structures sanitaires publiques dédiées.

Par ailleurs, les premières causes d'évacuation sanitaires portent sur des maladies chroniques. Cependant, les mécanismes de détection à temps opportun et les mesures préventives ne sont pas en place.

Recommandation n°6 :

La Cour recommande au Médecin chef du Centre médico-social de la Fonction publique de systématiser l'analyse comparative des offres des structures hospitalières pour les évacuations sanitaires.

6. Cadre de mesure et de pilotage de la performance inexistant

La démarche de performance requiert la mise en place de cadre de mesure de résultats pour suivre les progrès réalisés, apporter les améliorations souhaitables et rendre compte.

La Direction de la Solde et le Centre médico-social de la Fonction publique n'ont pas défini un cadre de résultats permettant d'apprécier la qualité et l'efficacité du système de prises en charges médicales au profit des agents de l'État.

Il convient de relever que la Direction de la Solde réalise des enquêtes de satisfaction sur les processus de la solde mais pas spécifiquement sur les prises en charge médicales.

La mesure de la performance avec des indicateurs de résultats précis et ciblés est absente du système actuel de prises en charges médicales des agents de l'État.

L'absence de cadre de résultats relatif à la gestion du processus de prises en charge médicales ne garantit pas un suivi correct, une mesure des progrès et une amélioration continue des processus.

L'accès à temps opportun aux soins et services constitue un indicateur important pour apprécier la performance du système et la qualité de la prise en charge. Cependant, les données sur les délais d'accès ne sont pas encore retracées dans le système.

Outre les conventions signées avec les structures à l'étranger et les cliniques privées, il n'existe pas d'ententes de gestion avec les structures publiques en vue de disposer de l'information de gestion pertinente sur le système de prise en charge des agents et principaux bénéficiaires.

Cette situation est à corrélérer avec l'absence de stratégie préalablement définie avec l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus de prises en charges médicales.

Recommandation n°7 :

La Cour recommande au Directeur de la Solde et au Médecin chef du Centre médico-social de la Fonction publique de définir un cadre de résultats des prises en charge médicale et de rendre compte régulièrement des performances réalisées.

7. Délais de traitement des demandes d'évacuation non encadrés, un parcours d'accès aux soins encore long et des retards de traitement des factures

La prise en charge médicale des agents de l'État repose sur le système communément appelé « imputations budgétaires » et selon le cas sur le billet d'hôpital. En ce qui concerne les évacuations sanitaires, la décision d'évacuation constitue la pièce maîtresse.

Le circuit de l'agent ou membres de la famille bénéficiaires pour le visa de l'imputation budgétaire (IB) et l'obtention des soins et la délivrance de la décision d'évacuation sanitaire ne sont pas encadrés suivant des délais précis.

Les travaux réalisés ont porté sur l'analyse du parcours d'accès aux soins à travers particulièrement le système des IB et les soins internes, l'appréciation des délais de traitement des demandes d'évacuation sanitaires ainsi que les délais de règlement des factures.

Les délais relatifs à la gestion des processus ne sont pas définis, à l'exception de ceux pour le règlement des factures d'évacuation sanitaires fixés à 90 jours dans le cadre des conventions avec les cliniques privées à l'étranger.

Néanmoins les travaux effectués ont permis de constater :

- un parcours ou circuit de prises en charge relativement long pour le système des IB durant la période sous revue même si un nouveau parcours est actuellement adopté et mis en œuvre dans le contexte lié à la Covid 19 ;
- des délais variables de traitement des demandes d'évacuations sanitaires ;
- des situations de retards dans le traitement et le règlement des factures.

7.1. Parcours relativement long pour l'accès aux soins

L'agent de l'État est soumis à un parcours avant de recevoir les soins. Les différentes étapes et procédures décrites ci-dessus sont d'ordre administratif et impactent les délais et temps de prise en charge.

Le processus de prises en charge médicales d'un agent de l'État ou d'un membre de sa famille débute par la délivrance d'une imputation budgétaire par le service utilisateur (ministère ou institution) et se décline suivant les étapes ci-après.

- L'agent de l'État se fait délivrer auprès des services habilités de son ministère ou institution une imputation budgétaire dûment signée et remplie ;
- Muni de cette IB, l'agent se présente à la Direction de la Solde pour accomplir les formalités de visa de ladite IB. Après vérification administrative portant sur le matricule de solde, l'appartenance à la grappe familiale pour le membre de la famille, le visa est apposé avec référence du choix de la structure prestataire indiqué par l'agent ;
- L'agent se rend à la structure hospitalière muni de son IB signée et visée. Il suit le parcours du patient prévu en se présentant à l'accueil et satisfait aux formalités internes de facturation prévues, à cet effet et selon la nature des prestations requises. Il y procède au paiement direct de la part lui revenant (1/5 du montant facturé), le reste (4/5) étant à la charge de l'État et qui fera l'objet d'un règlement ultérieur de la part de la Direction de la Solde ;
- L'agent de l'État se rend dans les services compétents pour y recevoir les prestations et soins. A ce niveau, il est également soumis à un parcours spécifique ;
- Les structures prestataires transmettent à la Direction de la solde suivant bordereau les factures pour liquidation, ordonnancement ;
- Les factures reçues font l'objet d'un traitement et d'un contrôle au niveau des services compétents de la Direction de la Solde ; le traitement obéit à des procédures et diligences internes relatives à la liquidation, à l'ordonnancement ;
- Les mandats émis par la Direction de la Solde sont transmis à la Paierie générale du Trésor pour les modalités pratiques de règlement ;
- La PGT après vérification procède au paiement des factures au profit des structures bénéficiaires.

Le schéma ci-après décrit le circuit complet de la prise en charge médicale de la délivrance de l'imputation budgétaire jusqu'au paiement des factures.

Le schéma relatif au circuit de la prise en charge met en relief principalement trois étapes :

- Étape 1 : visa de l'IB au niveau de la Direction de la Solde ;
- Étape 2 : l'agent de l'État bénéficie de soins et procède au paiement direct de la part lui revenant ;
- Étape 3 : traitement et règlement des factures de la part revenant à l'État au niveau de la Direction de la Solde.

La Direction de la Solde a mis en place un dispositif au niveau du Front office pour améliorer la qualité de l'accueil et diligenter la délivrance des IB. Les délais de traitement moyens des IB au niveau de la Direction de la Solde ne sont pas documentés. L'absence de mesure sur la gestion des files d'attente n'a pas permis d'apprécier les délais de traitement moyens.

L'agent de l'État est soumis à un parcours avant d'accéder aux soins. Il est tenu de remplir les formalités administratives au niveau de la Direction de la Solde. La mise en œuvre d'un processus allégé dans le contexte Covid 19 a révélé des possibilités d'optimisation du parcours pour garantir un accès plus direct des agents de l'État aux soins et prestations.

D'ailleurs, dans le contexte de la pandémie de Covid 19, des ajustements de la procédure ont été opérés. En effet, le visa de l'imputation budgétaire n'est plus un passage obligé. A ce propos, la Direction de la Solde a saisi toutes les structures prestataires pour prodiguer des soins en l'absence de l'imputation visée. Ainsi, l'agent de l'État est désormais directement accepté dans les formations sanitaires. Les « contrôles administratifs » sont désormais effectués par les services facturiers.

La Direction de la Solde confirme l'allègement des procédures d'accès aux soins aux agents matérialisé par la note de service n°525/MFB/DGB/DS/DCS du 20 mars 2020 notamment par la suppression de l'étape du visa préalable.

Il convient de préciser également que pour les soins internes ou hospitalisations, la procédure est plus allégée et inversée avec une acceptation de l'agent pour recevoir les soins et une régularisation au plan administratif (visa du billet d'hôpital). Les agents de l'État bénéficient d'un accès plus direct aux soins. Le circuit de la prise en charge médicale pour les soins internes est présenté au graphique n°6.

Recommandation n°8 :

La Cour recommande au Directeur de la Solde :

- d'évaluer le système mis en place dans le contexte Covid 19 et en tirer les enseignements utiles pour améliorer l'accès aux soins ;
- de finaliser le processus de dématérialisation des procédures de gestion des imputations budgétaires pour alléger le parcours des agents et raccourcir les délais d'accès.

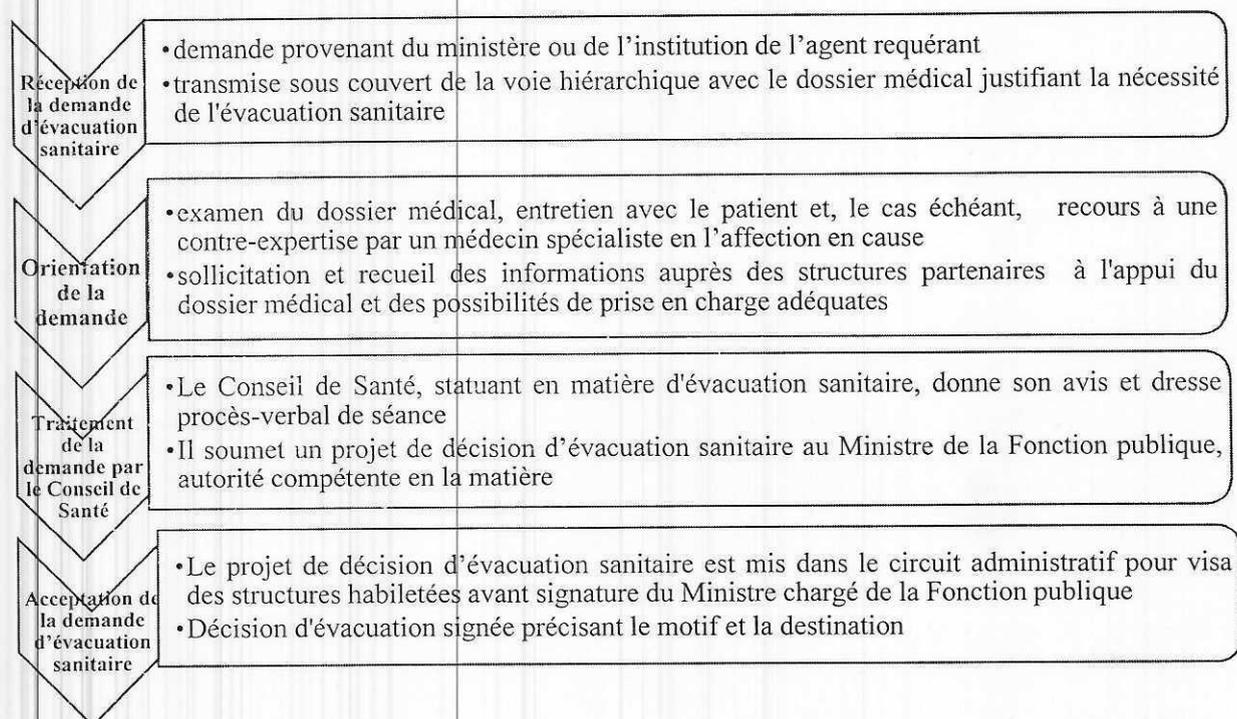
7.2. Délais de traitement des demandes d'évacuation sanitaires non encadrés

Le traitement des demandes d'évacuation sanitaires suit un processus déclenché par la transmission de la demande de l'agent au Ministre chargé de la Fonction publique.

La demande reçue fait l'objet d'un traitement au niveau du Centre médico-social de la Fonction publique, bras opérationnel et du Conseil de Santé pour statuer sur la décision d'évacuation sanitaire. Le projet de décision d'évacuation est soumis au Ministre chargé de la Fonction publique pour, approbation et signature, après circuit administratif de visas.

Le schéma ci-après retrace le circuit de traitement des demandes d'évacuation formulées par les agents de l'État.

Graphique n° 7 : circuit du traitement des demandes d'évacuation sanitaire



Les délais de traitement des demandes d'évacuation sanitaires ne sont pas encadrés, communiqués. L'arrêté primatorial relatif aux modalités et procédures des évacuations sanitaires devant encadrer les délais d'EVASAN n'est pas encore pris.

Toutefois, les délais moyens de traitement des demandes d'évacuation sanitaires ont été calculés sur la base des procès-verbaux des séances du Conseil de Santé et des décisions d'évacuation sanitaires.

Ces délais moyens sont déterminés à partir de la date de tenue de la séance du Conseil de Santé validant la décision et de la date effective de la décision d'évacuation sanitaire pour ressortir le nombre de jours d'attente. La moyenne annuelle est dégagée sur la base de la compilation de toutes les informations et le calcul des temps d'attente. Le tableau joint en **annexe n°6** en donne une vue complète.

La date de demande de l'intéressé n'est pas incluse dans le calcul ; cette information n'ayant pas été portée sur les décisions d'évacuation sanitaire.

Le tableau suivant retrace les délais moyens de traitement d'évacuation au cours de la période sous revue.

Tableau n°21 : Délais moyens de traitement des demandes d'évacuation sanitaire de 2014 à 2018

Année	2014	2015	2016	2017	2018
Délais moyens de traitement (nombre de jours)	51	57	34	20	28

Source : Décisions d'évacuation sanitaires 2014-2018

CONFIDENTIEL

Les délais moyens d'attente entre la date de tenue du Conseil statuant sur la demande de l'intéressé et la date de la décision d'évacuation sanitaire matérialisant la finalisation du processus d'évacuation sont passés de 57 jours en 2015 à 28 jours en 2018.

La Cour fait remarquer que ces délais moyens ne doivent pas occulter les situations de longue attente dépassant 100 jours. En effet, il a été constaté des délais de 103 jours, 114 jours, 134 jours et un délai record de 294 jours (plus de 09 mois) entre la période de tenue du conseil et la décision d'évacuation durant laquelle la survie du malade peut être compromise.

Toutefois, en fonction de l'urgence, certaines évacuations se tiennent dans des délais raccourcis compris entre deux et huit jours. A cet effet, le Conseil de santé statue de manière flexible selon les cas d'urgence soumis.

Recommandation n°9 :

La Cour recommande au Ministre de la Fonction publique et du Renouveau du Service public de prendre les dispositions idoines pour encadrer les délais de traitement des demandes d'évacuation sanitaires.

7.3. Retards dans le traitement des factures

L'encadrement et le règlement des factures établies par les structures d'accueil à bonne date, selon les ententes prévues, constituent un facteur de renforcement de la confiance et d'efficacité du système de prise en charge médicale.

Les travaux de rapprochement entre les données sur les ordonnancements et les paiements effectifs n'ont pu être réalisés pour ressortir et apprécier les délais moyens de règlement.

Le système d'information au niveau du Trésor, pour la période couverte par l'audit, ne permet pas de retracer les informations suivant les sections.

Les délais de règlement constituent un indicateur de mesure de performance pour asseoir les bases de confiance avec les structures prestataires de soins. Certaines réticences des cliniques privées au niveau national ou à l'étranger quant à l'acceptation de la couverture médicale des agents de l'État proviennent des délais de paiement jugés parfois longs au niveau de l'État.

Les délais de paiement constituent également un point de négociation des conventions de partenariat avec les structures prestataires à l'étranger. Ces délais sont fixés dans les conventions signées à 90 jours.

Cependant, malgré l'indisponibilité des informations, l'exploitation des procès-verbaux de réunion du Conseil de Santé a permis de relever des situations de retard. En effet, le Conseil de santé en ses différentes séances (06 mai 2015, 23 novembre 2015) relève les difficultés occasionnées par le retard de paiement des factures des évacuations sanitaires vers la France. En matière d'évacuation sanitaire, des retards de paiement sont, en partie, la cause de dénonciation de convention de partenariat. C'est le cas notamment de la Convention avec Assistance publique- Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui concerne au moins 07 structures hospitalières prestataires.

En outre, l'examen de certains bordereaux de structures sanitaires a permis de noter que des factures de l'année 2016 ne sont ordonnancées qu'en année 2017, voire 2018 ; ce qui impacte forcément les délais de règlement. Cette situation est davantage corroborée par l'importance des factures non ordonnancées dues aux structures et retracées au tableau n°19 de la page 35.

Sur les retards dans le traitement de certaines factures, le DS annonce que les dispositions ont été prises pour l'apurement total des factures en instance. En 2020, à la faveur du déplafonnement des dépenses de santé, la DS a procédé à l'apurement des factures à hauteur de 17,9 milliards.

En outre, elle souligne que le renforcement du personnel dans le bureau dédié a permis de raccourcir les délais de traitement des factures qui sont désormais ordonnancées hebdomadairement.

Recommandation n°10 :

La Cour recommande au Directeur de la Solde de poursuivre l'apurement et le traitement des factures relatives à la prise en charge médicale dans des délais raisonnables.

En définitive, la Direction de la Solde et le Centre médico-social de la Fonction publique n'encadrent pas de manière adéquate l'exécution des prises en charge médicales. Le cadre réglementaire et de gestion reste désuet, incomplet et ne garantit pas un accès diversifié aux soins et services de santé. De plus, il génère un manque d'équité et d'égalité entre agents de la Fonction publique.

En outre, l'absence de stratégie et l'éclatement de la gestion des processus de prises en charge médicales des agents de l'État ne favorisent pas la mise en place d'un cadre de responsabilisation clair et de suivi approprié.

CHAPITRE 3 : DISPOSITIF DE CONTROLE ET DE SUIVI INSUFFISANT

Le contrôle et le suivi constituent des fonctions essentielles pour assurer la qualité de la gestion et une amélioration des processus.

Dans le cadre des travaux réalisés, il s'agit de s'assurer que les dispositifs de contrôle et de suivi sont mis en place qu'ils fonctionnent de manière efficace et sont évalués régulièrement.

Les travaux ont permis de relever les constats ci-après.

- des contrôles pour l'essentiel manuels et arithmétiques ;
- une absence de portrait des frais facturés ;
- une grappe familiale incomplète ;
- un système d'information embryonnaire ;
- une absence de mécanismes et de cadre formel de suivi des conventions d'évacuation sanitaires.

1. Contrôles manuels et arithmétiques

La Direction de la Solde liquide et ordonnance les factures d'hospitalisation transmises par les hôpitaux et les cliniques privées prestataires de soins. A ce titre, elle doit, à travers des contrôles appropriés, s'assurer que la rémunération de la part revenant à l'État est conforme aux règlements et conventions.

La synthèse des entrevues avec les responsables de bureaux a permis de mieux cerner le dispositif organisationnel de contrôle qui se présente ainsi qu'il suit :

Tableau n° 22 : organisation des contrôles au niveau de la Direction de la Solde

Niveaux de contrôle	Modalités de contrôle
Bureau des dépenses de santé	vérifie les montants, les tarifs applicables, l'existence de l'IB, le matricule de l'agent et la grappe familiale
Bureau de contrôle	contrôle arithmétique des factures récapitulatives, l'exhaustivité des pièces justificatives
Bureau des ordonnancements	contrôle arithmétique et l'exhaustivité des pièces justificatives, émet le mandat et transmet au PGT
Bureau d'audit et de contrôle interne	vérifie les montants calculés traite les réclamations de factures non payées

La Direction de la Solde reçoit mensuellement des factures provenant des hôpitaux et cliniques. Elle tient un reporting hebdomadaire des factures reçues ainsi qu'un reporting mensuel des BULCI à travers des états de synthèse.

Elle a mis en place un dispositif de contrôle de l'admissibilité des ayants droit et de la facturation des frais supportés par l'État.

Le dispositif de contrôle mis en place est insuffisant et ne couvre pas encore les risques d'abus, d'erreurs ou de fraude. En effet, malgré l'amorce, au niveau de la DS, d'un dispositif informatisé, les contrôles établis sont pour l'essentiel, manuels et arithmétiques.

Le tableau suivant retrace les modalités de contrôle de l'admissibilité des bénéficiaires et de la facturation au niveau des hôpitaux et des cliniques et montre l'étendue des moyens manuels utilisés dans la conduite des activités de contrôle.

41

Tableau n° 23 : modalités de contrôle de l'admissibilité des bénéficiaires et de la facturation des hôpitaux et cliniques au niveau de la Direction de la Solde

N°	Niveaux	Actions/Tâches	Points de contrôle ADMISSIBILITE	Moyens/Outils
1	Bureau imputation/Contrôle régional des finances (Front office depuis 2019)	<p>Visa du document d'imputation préalablement rempli et visé par l'organisme employeur</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ exactitude du matricule ▪ appartenance du bénéficiaire à la grappe familiale de l'agent ; ▪ catégorie pour les soins internes ▪ conformité des signatures des préposés à la délivrance des I.B dans les différents ministères 	<p>Logiciel Solde / Spécimens de signature</p>
FACTURATION				
2	Bureau courrier	Réception et enregistrement de la facture de l'hôpital ou de la clinique dans le logiciel SAGA	exhaustivité des pièces justificatives de la facture	Liasse du dossier / Logiciel Saga
3	Directeur de la Solde/ Directeur Adjoint	Lecture et Imputation au chef de division compétent		Fond du dossier
4	Assistante du chef de division	Contrôle et transmission au chef de division	conformité entre ce qui est reçu et ce qui est mentionné dans le registre de transmission (nombre de dossiers et factures et objet des dossiers)	Registre de transmission/ Fond du dossier
5	Chef de division des charges sociales	Lecture et imputation au chef du bureau compétent et suivi des dossiers	respect des délais de transmission des factures conformément à la note n°2184 /MEFP/DGB/DS/BCS/ofbd du 18 juillet 2017	Fond du dossier
6	Chef du bureau	imputation à un collaborateur pour traitement et suivi des dossiers à prendre en	respect des délais de transmission des factures conformément à la note n°2184 /MEFP/DGB/DS/BCS/ofbd du 18 juillet 2017	Fond du dossier

CONFIDENTIEL

compte dans le BULCI du
mois en cours

7	Collaborateur	Vérification de la conformité et de la légalité de la facture	<ul style="list-style-type: none">▪ points de contrôles prévus sur la fiche▪ <i>Si non conforme, préparer la fiche de rejet et transmettre au chef de bureau en y joignant la fiche des points de contrôle dûment signée)</i>▪ <i>Si conforme, transmettre au Collaborateur pour traitement des retenues</i>	Fond du dossier
8	Collaborateur	Calcul des retenues sur les salaires des agents	<ul style="list-style-type: none">▪ Application de la retenue de 20% (1/5) pour les soins internes	Facture/logiciel Excel/machine à calculer
9	Chef de Bureau / Collaborateur	Préparation du BULCI	<ul style="list-style-type: none">▪ Saisie bordereau récapitulatif mensuel des factures▪ exactitude des montants▪ validation par le chef de division pour▪ déroulement de la procédure et contrôle arithmétique du bordereau	Bordereaux/factures
10	Chef de division des charges sociales	Signature du bordereau et transmission au bureau de contrôle		Fond du dossier
11	Bureau du contrôle	Contrôle de fond	Dérouter ses diligences de contrôle	Fond du dossier
			Si non conforme, retourner au chef de division pour correction	
			Si conforme, transmettre au Directeur de la solde pour signature	
12	Directeur de la solde	Validation finale	<ul style="list-style-type: none">▪ Signer et transmettre au bureau de coordination pour saisie	Fond du dossier
13	Bureau de coordination	Prise en compte	<ul style="list-style-type: none">▪ Saisir et produire l'état BULCI pour ordonnancement et transmettre une copie au chef de division pour classement.	Fond du dossier

Sources : fiche de contrôle, manuel de processus et entrevues avec la DCS

La plupart des contrôles sont effectués sur la base des fonds de dossiers physiques. Cette situation est due au recours encore timide aux outils informatiques de contrôle qui permettraient de réduire les marges d'erreur et de fraude.

Les risques d'erreur ou de fraude, notamment sur la facturation, sont réels à travers les contrôles manuels effectués sur fond de dossier. A ce propos, le rapport d'activités 2017 de la DS relevait les insuffisances du système de contrôle et préconisait des mesures de remédiation. Il mentionne : « (...) *Beaucoup d'anomalies ont été notées relativement au respect des règles en vigueur par les structures hospitalières. Ces anomalies, facteurs de rejet, ont porté, pour la plupart, sur le respect de la réglementation, notamment sur le nombre de jours d'hospitalisation, surtout chez les cliniques agréées, sur les pièces justificatives des factures (visa des imputations budgétaires par les services compétents, authentification des pris en charge, surcharge d'écritures, pièces manquantes, etc.). C'est dans cette perspective qu'il est prévu la refonte des fiches de contrôle mises en place en 2017 pour mieux permettre de refléter la réalité du dispositif de contrôle* ».

La suspension temporaire de l'agrément de la Clinique RADA illustre parfaitement la situation de fraude non détectée par le dispositif de contrôle sur dossier. En effet, c'est sur la base d'une dénonciation qu'il a été relevé la facturation de soins non autorisés et des dépassements sur le nombre de jours d'hospitalisation autorisé pour un accouchement.

Les contrôles a posteriori sur les dossiers de facturation ne sont pas réalisés. La mise en œuvre des contrôles constitue une bonne pratique de gestion dans l'optique de s'assurer que les paiements effectués correspondent aux frais facturés. La Direction de la Solde dispose d'un bureau d'audit et de contrôle interne pour garantir et maximiser l'efficacité des opérations et tâches de contrôle. Elle ne réalise que de façon périodique l'audit des dépenses de personnel notamment les traitements et salaires.

Le Directeur de la Solde entend intégrer le contrôle a posteriori des factures médicales, améliorer les profils des auditeurs et renforcer les effectifs.

Recommandation n°11 :

La Cour recommande au Directeur de la Solde de renforcer le dispositif d'audit et d'étendre les contrôles a posteriori aux prises en charge médicales afin de s'assurer de l'efficacité des contrôles a priori.

2. Insuffisance des outils de contrôle

Les outils constituent un maillon essentiel de l'efficacité du système de contrôle.

La revue de ces outils de contrôle permet de déceler les manquements relatifs notamment à la cartographie des risques, au système d'information, à la grappe familiale, au contrôle de la tarification.

2.1. Non spécification du processus de prises en charge médicales dans la cartographie des risques

La Direction de la Solde dispose, depuis 2017, d'une cartographie des risques pour une efficacité et une amélioration du système de contrôle.

Cette cartographie intègre les processus de la Solde mais ne concerne pas de manière spécifique le processus de prises en charges médicales des agents de l'État ; celui-ci étant dilué dans le processus « éléments variables ». Selon le bureau d'audit et de contrôle interne (BACI), cela est dû au fait que les dépenses de santé ne sont pas bien retracées dans l'application Solde. Cela ne permet pas de bien spécifier les risques et d'adopter un plan de mitigation y afférent.

Toutefois, un processus de réactualisation de la cartographie des risques est envisagé avec l'optique de considérer désormais les dépenses de santé comme un processus à part entière et non une sous composante des éléments variables.

Recommandation n°12 :

La Cour recommande au Directeur de la Solde d'actualiser la cartographie des risques et de spécifier les prises en charge médicale dans les processus de gestion.

2.2. Système d'information encore embryonnaire

L'informatisation du système de prises en charge médicales des agents de l'État n'est pas encore effective. Un module facturation a été développé dans l'application Solde avec une implémentation des actes médicaux.

Cependant, cet outil est partiellement utilisé par les agents chargés du contrôle notamment dans sa partie saisie (saisie des factures). Il convient de noter que le logiciel Solde est couramment utilisé pour vérifier le matricule et la grappe familiale.

Au niveau du centre médico-social, le système d'information est encore en chantier. Le contrôle sur l'admissibilité des agents de l'État et de leur famille n'est pas effectif, excepté pour les EVASAN où les bénéficiaires remplissent des formalités (administratives et médicales) avant toute évacuation.

En outre, le déploiement du système n'est pas encore effectif dans les départements ministériels et institutions, mais il est déjà disponible auprès des contrôleurs budgétaires ministériels (CBM).

Toutefois, la DS a reçu trois (03) offres provenant de la DSI, d'une Start up et de l'Agence de couverture maladie universelle pour la mise en place d'un système informatisé. Au moment du passage de la mission, les réflexions étaient en cours en vue de déterminer la meilleure option.

Recommandation n°13 :

La Cour recommande au Directeur de la Solde et au Médecin chef du Centre médico-social, chacun suivant ses responsabilités, de mettre en place un système de gestion informatisée du processus de prises en charge médicales des agents de l'État.

2.3. Absence de portrait des frais facturés

La Direction de la Solde ne dispose pas d'un portrait des frais facturés et des tarifs applicables pour les structures sanitaires. Elle se limite juste à vérifier l'exactitude du calcul des montants sur les factures reçues. Le contrôle sur la réalité des prestations et les prix applicables au niveau de chaque formation sanitaire n'est pas effectué.

La grille tarifaire de référence reste celle de l'Hôpital principal de Dakar.

La Direction de la Solde a établi une fiche de contrôle en guise de balise pour dérouler les diligences de contrôle sur les factures des établissements de santé (hôpitaux et cliniques privées agréées). Le contrôle porte sur les points ci-après.

- Régularité des visas ;
- Existence des pièces justificatives requises ;
- Identification des malades concernés (matricule de solde et grappe familiale) ;
- Certification du service fait (sauf Institut Pasteur-HPD et Établissements publics) ;
- Conformité entre prestations facturées et celles agréées (cliniques privées agréées uniquement) ;
- Exactitude des décomptes.

La fiche n'intègre pas le contrôle sur la tarification des prestations.

En outre, ces contrôles ne prévoient pas les aspects liés à la régularité proprement dite à savoir la validité des pièces justificatives produites et le respect de la réglementation. Ils portent pour l'essentiel sur l'exactitude et la concordance des montants.

Recommandation n°14 :

La Cour recommande au Directeur de la Solde de :

- tenir et de communiquer aux agents de l'État la grille des tarifs appliqués par les structures sanitaires prestataires ;
- prévoir au niveau de la fiche de contrôle, la matérialisation de la vérification sur la tarification et la validité des pièces justificatives.

2.4. Grappe familiale incomplète

La « grappe familiale des agents de l'État » est définie comme l'ensemble des membres de la famille des agents de l'État ; à savoir l'agent lui-même et les membres de sa famille pris en charge au sens des dispositions du décret portant sur la sécurité sociale des fonctionnaires.

La grappe familiale est un élément essentiel du dispositif de contrôle de l'admissibilité des bénéficiaires du régime.

Cependant, selon la Direction de la Solde, la grappe familiale n'est pas mise à jour. En effet, le fichier relatif à la grappe familiale mis à la disposition de la Cour comporte plusieurs doublons et n'a pas permis à la mission d'en faire une exploitation judicieuse.

La Direction de la Solde ne dispose pas encore de toute l'information de gestion pertinente sur la grappe familiale ; les données disponibles dans le logiciel solde sont actuellement incomplètes.

La Cour relève que les informations les plus récentes fournies à la mission et datant de mai 2020 sur la situation de la mise à jour de la grappe familiale font état de **341 075** membres avec des informations conformes sur un total de **426 026** éléments retrouvés dans la grappe familiale.

Aussi convient-il de rappeler que la Cour, dans son rapport sur le contrôle des dépenses de personnel, avait relevé le **défaut de mise à jour de la grappe familiale**. Elle souligne dans ledit rapport que « *la grappe familiale des agents n'est pas à jour parce qu'elle n'est pas toujours informée du changement de la situation familiale. La production des actes d'état civil est entièrement laissée à l'initiative des agents* ».

La Direction de la Solde reconnaît cette insuffisance et a pris des initiatives pour mettre à jour la grappe familiale et fiabiliser les données. Ainsi, un état des lieux a été réalisé dans le cadre de la certification de la grappe familiale initiée à travers la mise en œuvre du « projet Fichier unifié des Données du Personnel de l'État (FUDPE) ».

En outre, tenant compte du contexte lié à la Covid 19, un début de mise à jour est en train de s'opérer en relation avec les structures hospitalières. Cela consiste à réclamer systématiquement au bénéficiaire de l'imputation budgétaire les pièces justificatives (acte de naissance, certificat de mariage) relatives à la filiation à l'agent de l'État.

Dans la perspective de la dématérialisation du système de gestion des imputations budgétaires, la grappe familiale constitue un préalable essentiel et un intrant pour garantir la qualité et l'efficacité des contrôles sur l'admissibilité.

La mise à jour de la grappe familiale présente également des enjeux liés notamment à la maîtrise de la fiscalité des agents de l'État et à l'optimisation de la gestion des prestations familiales.

Le Directeur de la Solde précise que la grappe a été mise à jour à hauteur de 65%. Aussi soutient-il que des dispositions ont été prises pour accompagner la dynamique de résorption de l'insuffisance d'informations concernant la grappe familiale de certains agents de l'État (dépôt physique, dépôt en ligne à travers le module de prestations familiales e-solde et d'un dépôt direct via l'adresse mail dsgrappesfamiliale@minfinances.sn).

Recommandation n°15 :

La Cour recommande au Directeur de la Solde de poursuivre les efforts de mise à jour de la grappe familiale des agents de l'État.

3. Absence de mécanisme et de cadre formel de suivi des conventions d'évacuation sanitaire

Le MFPRSP n'a pas mis en place un dispositif formel de suivi de l'exécution des conventions sanitaires signées. Lesdites conventions ne prévoient pas de clauses de suivi.

Le Centre médico-social de la Fonction publique, par ses missions, doit participer à l'élaboration et au suivi des conventions de coopération sanitaire avec les services de santé d'autres pays.

Durant la période sous revue, cinq (05) conventions faisant intervenir onze (11) formations sanitaires ont été signées. Il s'agit notamment pour le Maroc, de la convention avec l'Hôpital polyclinique de Rabat, l'hôpital Cheikh Zaïd, pour la France, de l'Assistance publique Hôpitaux de Paris et de San Roque et Perpetuo Socorro de Las Palmas pour l'Espagne.

Il est important de souligner que la Convention avec APHP a été dénoncée et rompue depuis 2015, en raison de retards de paiements, de la contestation de factures imputées au Conseil de Santé et des exigences d'un « dépôt » et d'un règlement sans délai des factures impayées pour la réactivation de la convention.

Les 4 autres conventions signées et un protocole d'accord ont été mis à la disposition de l'équipe de contrôle.

La situation des conventions signées se décline ainsi qu'il suit :

Tableau n°24 : situation des conventions signées avec les structures sanitaires situées hors du territoire national

Structures hospitalières	Année	Clauses de suivi
Hôpital polyclinique de Rabat	2004	Néant
Hôpital Assistance publique de Paris	2011	Néant
Hôpital international Cheikh Zaïd	2016	Néant
Perpetuo Socorro	2018	Néant
San Roque	2018	Néant

Source : conventions du MFPRSP

Les conventions ne prévoient pas de clauses de suivi et d'évaluation périodique. Il s'y ajoute qu'aucun mécanisme ou dispositif de suivi n'est mis en place au sein du ministère chargé de la fonction publique en vue de s'assurer de leur bonne exécution et de recueillir les principaux enseignements.

Le Centre médico-social ne mène pas, jusque-là, des missions spécifiques de suivi. Selon le Médecin chef du Centre médico-social, des entretiens individuels sont réalisés avec les bénéficiaires des évacuations à leur retour à l'effet d'évaluer indirectement la qualité de leur séjour et de la prise en charge médicale ainsi que de leur état de santé.

L'analyse comparative de la facturation de l'Hôpital polyclinique de Rabat et celle de l'Hôpital international Cheikh Zaïd a permis au Centre de se rendre compte de la différence des coûts appliqués sur des prestations de même nature. A travers cette pratique, une maîtrise du profil de facturation des formations sanitaires en termes de coûts avantages est amorcé au sein du Centre médico-social de la Fonction publique.

La mise en place d'un dispositif de suivi approprié constitue un levier important en vue de s'assurer de l'exécution correcte et du respect des engagements des parties, de prendre en compte les évolutions, de relever les manquements et d'y apporter à temps opportun les ajustements nécessaires.

Recommandation n° 16 :

La Cour recommande au Ministre de la Fonction publique et du Renouveau du Service public de procéder de manière périodique à l'évaluation des conventions signées et d'y apporter les ajustements nécessaires.

Au total, les dispositifs de contrôle et de suivi mis en place au sein des entités restent encore insuffisants. Les manquements relevés dans la mise en place d'outils appropriés, l'absence de mécanisme de suivi des évacuations sanitaires ainsi que la persistance des contrôles manuels ne militent pas en faveur de la performance du système de contrôle et de suivi des prises en charge médicales.

CONFIDENTIEL

Le Président de la Chambre

Babaçar BAKHOUM

Le Greffier

Me Malick Mangor NDONG

Liste des tableaux

TABLEAU N° 1 : PORTRAIT DU CADRE JURIDIQUE RELATIF À LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE.....	13
TABLEAU N° 2 : CARTOGRAPHIE DES PARTIES PRENANTES AU SYSTÈME DE PRISES EN CHARGE MÉDICALE	14
TABLEAU N°3 : FICHE SIGNALÉTIQUE DES MISSIONS DES ENTITÉS AUDITÉES.....	15
TABLEAU N° 4: ÉVOLUTION DE LA POPULATION BÉNÉFICIAIRE D'IMPUTATIONS BUDGÉTAIRES.....	16
TABLEAU N° 5 : FICHE SYNOPTIQUE DES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES AGENTS DE L'ÉTAT	17
TABLEAU N° 6 : ÉVOLUTION DE LA PART DES DÉPENSES DE SANTÉ DANS LES DÉPENSES DE PERSONNEL	18
TABLEAU N° 7: DÉPENSES DE PRISES EN CHARGE MÉDICALES SELON LA NOMENCLATURE BUDGÉTAIRE	18
TABLEAU N° 8: ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ PAR COMPOSANTE	19
TABLEAU N° 9 : ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'ÉVACUATION SANITAIRES PAR STRUCTURE.....	22
TABLEAU N° 10: PRINCIPALES LIMITES RELEVÉES.....	24
TABLEAU N° 11: PORTRAIT DES STRUCTURES SANITAIRES PRESTATAIRES DE SOINS	28
TABLEAU N° 12 : VUE SYNOPTIQUE DES PRESTATIONS COUVERTES DANS LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES AGENTS DANS LES CLINIQUES PRIVÉES	29
TABLEAU N°13 : RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES DE LA GRATUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE EN 2020/31	
TABLEAU N°14 : SITUATION DES PRISES EN CHARGE MÉDICALES PAR LA FEMME FONCTIONNAIRE ET NON FONCTIONNAIRE	32
TABLEAU N°15 : SEX-RATIO DES EVASAN DE 2014 À 2018	33
TABLEAU N°16 : PRÉVISION ET EXÉCUTION DES DÉPENSES DE PRISES EN CHARGE MÉDICALES DE 2014 À 2018 ...	33
TABLEAU N°17 : SITUATION DES FACTURES NON ORDONNANCÉES AU 31 DÉCEMBRE 2017 ET 2018	34
TABLEAU N° 18 : SITUATION DES PRÉVISIONS DE DÉPENSES DANS LES SECTIONS AUTRES QUE 60	35
TABLEAU N°19 : RÉPARTITION DES ÉVACUATIONS SANITAIRES PAR SPÉCIALITÉ DE 2016 À 2018	38
TABLEAU N°20 : VUE SYNOPTIQUE DES INSUFFISANCES DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE EN CARDIOLOGIE ET EN ONCOLOGIE	39
TABLEAU N°21 : DÉLAIS MOYENS DE TRAITEMENT DES DEMANDES D'ÉVACUATION SANITAIRE DE 2014 À 2018..	46
TABLEAU N° 22 : ORGANISATION DES CONTRÔLES AU NIVEAU DE LA DIRECTION DE LA SOLDE	48
TABLEAU N° 23 : MODALITÉS DE CONTRÔLE DE L'ADMISSIBILITÉ DES BÉNÉFICIAIRES ET DE LA FACTURATION DES HÔPITAUX ET CLINIQUES AU NIVEAU DE LA DIRECTION DE LA SOLDE	50
TABLEAU N°24 : SITUATION DES CONVENTIONS SIGNÉES AVEC LES STRUCTURES SANITAIRES SITUÉES HORS DU TERRITOIRE NATIONAL	56

Liste des graphiques

GRAPHIQUE N°1: ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE PRISES EN CHARGE MÉDICALES DE 2009 À 2018	20
GRAPHIQUE N° 2: ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ HORS PHARMACIE DE 2014 À 2018.....	20
GRAPHIQUE N°3:ÉVOLUTION DES DÉPENSES POUR LES COMPOSANTES HOSPITALISATIONS ET SOINS MÉDICAUX ET ÉVACUATIONS SANITAIRES	21
GRAPHIQUE N°4 : SITUATION DES AGENTS DE L'ÉTAT ET MEMBRES DE FAMILLE BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME DE GRATUITÉ POUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE	31
GRAPHIQUE N°5 : CIRCUIT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES IB AU PAIEMENT DES FACTURES.....	42
GRAPHIQUE N°6 : CIRCUIT DE LA PRISE EN CHARGE POUR LES SOINS INTERNES	44
GRAPHIQUE N° 7 : CIRCUIT DU TRAITEMENT DES DEMANDES D'ÉVACUATION SANITAIRE.....	45

M

g

ANNEXES

Annexe 1 : Objectifs de vérification, critères et portée des travaux

Les travaux de vérification sont menés conformément à la **loi organique n°2012-23 du 27 décembre 2012 abrogeant et remplaçant la loi organique n°99-70 du 17 février 1999 sur la Cour des Comptes** notamment en ses articles 3, 4 et 43 et aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les normes ISSAI en audit de performance.

La responsabilité de la Cour des Comptes consiste à fournir une conclusion sur l'objectif propre à la présente mission de vérification.

Pour ce faire, l'équipe recueillera les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder raisonnablement ses conclusions et pour obtenir un niveau d'assurance raisonnable. L'évaluation est basée sur les critères jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères émanent principalement du cadre juridique relatif à la sécurité sociale des agents de l'État. Ils se fondent également sur les principes de bonne gestion reconnus.

Objectifs de vérification	Critères
Objectif 1 : s'assurer que la Direction de la Solde et le Centre médico-social de la Fonction publique chacun suivant ses responsabilités, encadrent et exécutent de manière adéquate la couverture médicale des agents de l'État	Critère 1.1 : un cadre juridique cohérent et adapté est défini pour garantir de manière efficace la sécurité sociale des agents de l'État
	Critère 1.2 : Les rôles et responsabilités des entités et les orientations stratégiques sont clairement définis et les mécanismes de coordination fonctionnels sont en place
	Critère 1.3 : un accès diversifié aux soins et prestations médicaux est garanti suivant des conditions d'admissibilité claires, des principes d'équité et, d'égalité de genre et à des tarifs acceptables pour les bénéficiaires
	Critère 1.4 : le processus mis en place pour les imputations budgétaires et demandes d'évacuations sanitaires des agents de l'État et membres de leurs familles assure un traitement diligent
	Critère 1.5 : les ressources suffisantes sont mobilisées et permettent une gestion efficace et viable du système de prises en charge médicale
	Critère 1.6 : Un cadre de résultats et les mécanismes de gestion appropriés sont mis en

Objectif 2: S'assurer que la Direction de la Solde et le Centre médico-social de la Fonction publique se sont dotés de systèmes de contrôle et de suivi facilitant le traitement diligent et adéquat des prises en charge médicale des agents de l'État

place pour évaluer les progrès réalisés, assurer une exécution correcte et une reddition régulière

Critère 2.1 : Un dispositif de contrôle approprié est mis en place pour vérifier l'admissibilité des bénéficiaires et la facturation des frais médicaux par les structures hospitalières et cliniques agréées

Critère 2.2 : Les contrôles appropriés sont appliqués et évalués de manière régulière

Critère 2.3 : le portrait de l'ensemble des frais facturés est réalisé pour suivre l'évolution de la tarification et des coûts des prises en charge médicale

Critère 2.4 : Un suivi des conventions en matière d'évacuations sanitaires est exercé de manière périodique et les enseignements pris en compte pour l'amélioration des prestations et la maîtrise des coûts

Critère 2.5 : Les factures établies par les structures d'accueil sont réglées à bonne date, selon les ententes prévues

Portée des travaux

Cadre institutionnel

Dans un souci d'efficacité et de maîtrise de l'étendue du projet de vérification, le périmètre est circonscrit en priorité à l'Administration centrale, où est concentrée la part la plus importante des agents de l'État ainsi que les structures sanitaires publiques et privées.

La Direction de la Solde assurant l'ordonnancement de l'ensemble des dépenses de prises, les administrations déconcentrées notamment les CRF ne sont pas incluses dans le périmètre de cet audit au sens d'entités visitées. Les données relatives à la prise en charge médicale des agents au niveau déconcentré disponibles au niveau de la Direction de la Solde sont examinées dans le cadre de la présente mission.

Les travaux sont réalisés auprès du Ministère des Finances et du Budget et du Ministère de la Fonction publique et du Renouveau du Service public et les recommandations formulées s'adressent à priori à eux. A titre principal, ils portent sur la Direction de la Solde, le Centre médico-social de la Fonction publique et le Conseil de Santé.

Certaines entités notamment la Direction générale de la santé, la Direction des établissements privés de santé et la Direction des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance relevant de la responsabilité du Ministère de la Santé et de l'Action sociale ont été mises à contribution dans la collecte et l'analyse des informations utiles.

Secteurs d'examen

L'audit porte sur la prise en charge médicale des agents de l'État pour ses composantes soins internes, soins externes et évacuations sanitaires. Cela répond à un souci de cohérence et en raison du lien étroit et de la complémentarité qui existe entre ces composantes sus indiquées.

Aussi convient-il de préciser que les évacuations sanitaires sont souvent tributaires de la capacité ou non du système de santé à répondre correctement aux besoins de soins des principaux bénéficiaires.

Ainsi, les dépenses pharmaceutiques sont exclues du périmètre. Cette composante est régie par des procédures spécifiques notamment par le Code des pensions militaires et d'autres organes et instances mises en place à cet effet.

Les secteurs d'examen suivants sont couverts :

- le cadre juridique ;
- la gouvernance stratégique et opérationnelle ;
- la coordination et la responsabilisation des entités ;
- le cadre de gestion, de suivi et d'évaluation des prises en charge médicale ;
- les dispositifs de contrôle de l'admissibilité, de la facturation et de la tarification ;
- les procédures et mécanismes de contrôle de l'admissibilité et de la tarification ;
- le système d'information.

Période sous revue

Les travaux de vérification portent essentiellement sur les activités menées au titre des exercices 2014, 2015, 2016, 2017 et 2018. Toutefois, certaines analyses pourraient faire référence à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

CONFIDENTIEL

Annexe n° 2 : Évolution du cadre juridique de la prise en médicale des agents de l'État

Dates repères	Évènements	Particularités	Textes de référence
1961	Adoption de la loi portant statut général des fonctionnaires	L'État consacre la couverture des fonctionnaires en matière de sécurité sociale à travers les risques maladies, maternité, invalidité, décès La loi renvoie à un décret pris en conseil des ministres pour déterminer les règles applicables.	loi n° 61-33 du 15 juin 1963 portant statut général des fonctionnaires
1967	Adoption du code des pensions militaires et d'invalidité	Le code des pensions institue la gratuité des soins et des médicaments aux titulaires d'une pension d'invalidité	Loi n°67-42 portant code des pensions militaires et d'invalidité
1972	Adoption et signature du décret relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires.	Le décret précise la population admissible (fonctionnaires, magistrats, personnels de police ainsi qu'aux membre de leurs familles) et exclut des bénéficiaires le conjoint non fonctionnaire de la femme fonctionnaire Le décret fixe les parts afférentes à la prise en charge médicale (80% pour l'État et 20% pour le fonctionnaire).	Décret n°72-215 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires
1974	Adoption du décret fixant le régime spécial applicable aux agents non fonctionnaires de l'État	Le décret fixe le régime applicable aux agents non fonctionnaires. Il vient compléter le décret de 72 pour couvrir les catégories juridiques d'agents de la Fonction publique	Décret n° 74-347 du 12 avril 1974 fixant le régime spécial applicable aux agents non fonctionnaires de l'État
1981	Adoption du code des pensions civiles et militaires	Adaptation de la loi de base n°64-24 du 27 janvier 1964 aux réalités du moment et intégration de toutes les lois modificatives de sorte à obtenir un seul texte sous forme de code.	Loi n°81-52 du 10 juillet 1981 portant code des pensions civiles et militaires de retraite.
	Arrêté interministériel accordant la gratuité des soins au personnel de la Santé	La gratuité des soins médicaux et des hospitalisations est accordée au personnel dans les formations relevant du Ministère de la Santé ainsi qu'aux membres de leurs familles	Arrêté interministériel n° 012012 du 17 octobre 1981 accordant la gratuité des soins au personnel de la Santé
1982	Diffusion de la circulaire portant sécurité sociale des agents de l'État et procédure de prise en charge	Définition des modalités d'application du décret n°72-215 du 7 mars 1972 relatif au même objet	Circulaire n° 06384 MSP/MEF du 21 août 1982 portant sécurité sociale des agents de l'État et procédure de prise en charge
2003	Mise en place de la mutuelle de santé des agents de l'État créée par les travailleurs du secteur public le 17 Mai 2003.	Mutuelle d'assurance complémentaire à adhésion volontaire qui assure le remboursement total du 1/5 des frais médicaux non couverts par l'État pour ses agents et le remboursement partiel des médicaments achetés par les travailleurs et non couverts par l'État.	

2005	Adoption du décret relatif aux évacuations sanitaires hors du territoire national.	Encadrement des évacuations sanitaires à l'étranger au profit d'un agent relevant de la Fonction publique ou des membres de sa famille dont l'état de santé exige un traitement dans une structure sanitaire déterminée d'un pays étranger.	Décret n° 2005-565 du 22 juin 2005 relatif aux évacuations sanitaires hors du territoire national
	Mise en place du Conseil de santé	Le Conseil de Santé, organisme administratif consultatif placé sous l'autorité du Ministre chargé de la Fonction publique.	Décret n° 2005-566 du 22 juin 2005 relatif aux missions, à l'organisation et au fonctionnement du Conseil de santé
	Arrêté fixant les tarifs d'hospitalisation, des consultations, des soins externes et des cessions applicables à l'Hôpital principal de Dakar.	Mise en place d'un cadre de référence pour la tarification des frais médicaux. Il se fonde sur l'application des tarifs préférentiels au profit des agents de l'État suivant la nature de l'acte ainsi que la catégorie d'hospitalisation déterminée à partir de l'échelle indiciaire de l'agent.	Arrêté interministériel n°003179/MEF/MFA du 1er juillet 2005 fixant les tarifs d'hospitalisation, des consultations, des soins externes et des cessions applicables à l'Hôpital principal de Dakar
2006	Modification du décret n°72-215 relatif à la sécurité sociale	Capacité juridique offerte aux femmes fonctionnaires de prendre en charge leurs époux ; rétablit l'équité et l'égalité hommes femmes dans la prises en charge médicale des membres de la famille.	Décret n°2006-1309 du 23 novembre 2006 modifiant le décret n°72-215 du 07 mars 1972 relatif à la Sécurité sociale des fonctionnaires
2010	Adoption du décret relatif aux avantages accordés aux officiers généraux	Prise en charge à 100% accordée aux officiers généraux de la 2 ^{ème} section	Décret n°2010-1466 du 08 novembre 2010 relatif aux avantages accordés aux officiers généraux de la 2 ^{ème} section des cadres de l'État-major général des Armées
2013	Élargissement des missions du Conseil de Santé	Extension du champ de compétences aux établissements publics et agences ; Durée du mandat des membres du Conseil fixée à 3 ans renouvelables ; Octroi d'indemnités forfaitaire de présence aux membres	Décret n°2013-723 du 27 mai 2013 modifiant et complétant le décret n° 2005-566 du 22 juin 2005 relatif aux missions, à l'organisation et au fonctionnement dudit Conseil
2017	Réorganisation du Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan	Scission de la Direction de la Solde, des Pensions et des Rentes viagères en deux entités : Direction de la Solde et Direction des Pensions	

Annexe n°3 : portrait des projets d'agrément

Structures	Spécialités couvertes
Centre Hospitalier Ordre de Malte	Dermatologie-Chirurgie orthopédique-Consultation-Hospitalisation
Clinique ASSIYA	Médecine générale-Gynécologie-Pédiatrie-Oncologie-Imagerie médicale-Biologie
Clinique dentaire Saint Dominique	Chirurgie buccale-Soins conservateurs-Chirurgie conservateur-Chirurgie et soins parodontaux-Odontologie pédiatrique-Imagerie médicale
Clinique du Golfe	Cardiologie interventionnelle
Clinique Maimouna	Gynécologie obstétrique-Pédiatrie-Chirurgie générale-Imagerie-Médecine générale
Clinique RAHMA	Neurologie-Imagerie-Gynécologie obstétrique
Clinique Yaye Marie	Gynécologie obstétrique-Pédiatrie
Source : Direction de la Solde	

Annexe n° 4 : régimes complémentaires d'assurance maladie mutualiste de 2015 à 2018

	ANNEES			
	2015	2016	2017	2018
Population couverte				
Mutuelles SUDES	10 835	9 910	8 799	8 198
Mutuelle générale des Enseignants du Sénégal	72 165	114 055	210 508	227 765
Mutuelles SELS	23 691	28 647	31 878	32 641
Mutuelle de Santé des Enseignants	1 677	23 808	23 738	25 896
Mutuelles de Santé des Agents de l'État	198 308	235 100	285 349	329 244
Mutuelle SAEMS				1 209
TOTAL	306 676	411 520	560 272	624 953

Retenues au profit des mutuelles

Mutuelles SUDES	38 146 500	34 940 479	31 000 550	28 897 000
Mutuelle générale des Enseignants du Sénégal	227 648 031	376 936 030	703 950 362	759 047 828
Mutuelles SELS	86 041 500	106 322 926	118 665 000	121 027 000
Mutuelle de Santé des Enseignants	6 301 500	100 829 652	96 682 000	105 039 500
Mutuelles de Santé des Agents de l'État	1 058 764 972	1 271 082 794	1 493 577 627	1 714 692 344
Mutuelle SAEMS				13 055 000
TOTAL	1 416 902 503	1 890 111 881	2 443 875 539	2 741 758 672

Source : Direction de la Solde

CONFIDENTIEL

Annexe n°5 : ventilation des dépenses de santé par structure de 2014 à 2018

Structures	2 014	2015	2016	2017	2018	Part % en 2018
CLINIQUES						
INSTITUT PASTEUR	578 796 201	551 041 096	649 778 712	645 436 008	753 335 263	8,86
ABC HEMODIALYSE	546 780 000	531 030 000	777 300 000	777 360 000	1 011 480 000	11,90
CDRMM	12 362 740	22 090 220	33 456 120	26 003 800	31 576 760	0,37
CL MARIE	2 418 900	350 000	-	-	-	-
CLINIQUE COIX BLEUE	123 565 465	-	4 249 350	1 976 150	-	-
CLINIQUE INTERNAT	2 517 350	1 353 350	2 371 000	1 250 950	-	-
CLINIQUE MAIMOUNA	107 761 450	93 103 550	132 555 350	92 284 679	35 676 150	0,42
CLINIQUE NABOU	8 589 850	15 304 800	235 400	11 549 250	9 809 450	0,12
CLINIQUE NDIAYE	674 000	381 600	-	-	-	-
CLINIQUE NIANG	3 419 600	8 229 700	10 926 350	285 400	11 058 300	0,13
CLINIQUE RADA	146 507 900	183 112 000	157 254 325	117 808 200	80 647 150	0,95
RABY	2 166 350	659 800	2 662 150	8 894 000	3 127 550	0,04
SOUS TOTAL 1	1 535 559 806	1 406 656 116	1 770 788 757	1 682 848 437	1 936 710 623	22,78
HOPITAUX						
ABASS NDAO	40 626 720	11 627 300	67 746 360	56 095 280	109 104 980	1,28
ALBERT ROYER	39 282 000	49 267 400	96 914 550	76 553 700	88 167 000	1,04
CNAO ORTHOP	35 307 020	23 067 000	55 215 983	37 533 360	40 059 880	0,47
DALAL JAMM	-	-	2 441 400	18 337 300	44 979 200	0,53

CONFIDENTIEL

DANTEC	752 380 095	718 635 273	535 966 609	565 775 769	405 618 294	4,77
DIORBEL	35 488 235	49 267 640	46 711 960	87 609 310	60 290 600	0,71
DIAMNIADIO	2 388 600	27 326 800	94 369 100	63 734 400	154 718 400	1,82
FANN	622 894 300	693 364 900	664 251 200	695 312 400	687 153 500	8,08
FATICK	1 947 200	10 224 000	22 994 400	38 904 300	64 302 800	0,76
HOGGY	515 878 211	603 509 457	661 338 496	543 777 463	465 213 643	5,47
HOP PIKINE	127 137 433	115 558 710	159 435 467	211 685 176	172 731 800	2,03
I A SOCIALE	1 137 800	-	-	-	-	-
IHS POLYCLINIQUE	7 186 100	15 179 400	18 012 220	28 688 300	20 872 060	0,25
KAFFRINE	3 179 785	1 217 260	6 009 210	4 100 950	17 574 590	0,21
KAOLACK	69 304 140	194 434 960	210 403 545	227 023 785	137 978 990	1,62
KOLDA	39 123 880	61 098 300	76 462 600	102 801 840	173 834 500	2,04
LINGUERE	5 383 826	1 958 500	8 948 660	14 613 400	25 817 644	0,30
LOUGA	18 027 334	43 476 928	46 299 614	112 911 888	110 953 820	1,31
MATHLABOUL FAWZAINI TOUBA	-	26 787 150	33 957 390	40 106 950	38 217 800	0,45
Matam	-	2 078 450	12 234 750	12 945 720	15 918 840	0,19
MBOUR	6 458 050	17 490 580	48 284 446	91 461 164	65 998 146	0,78
NDIOUM	8 009 180	5 746 400	4 092 800	2 620 200	26 962 600	0,32
HMO (OUAKAM)	-	-	-	2 157 793	31 467 846	0,37
OUROSSOGUI	7 156 700	8 257 000	22 022 800	17 549 800	13 077 400	0,15
PRINCIPAL	2 493 081 963	2 407 123 132	3 017 045 247	2 667 354 955	2 423 161 337	28,50
RICHARD TOLL	-	6 194 000	8 286 800	3 920 250	10 610 900	0,12
ROI BAUDOUIIN	2 291 160	9 134 875	34 434 156	19 929 568	17 366 418	0,20
SAINTE LOUIS	-	99 798 800	58 732 300	126 240 000	215 599 000	2,54

CONFIDENTIEL

Annexe n° 6 : Délais de traitement des demandes d'évacuation sanitaires

2014			2015			2016			2017			2018		
Séance du Conseil	Date de la décision d'évacuation sanitaire	Nombre de jours	Séance du Conseil	Date de la décision d'évacuation sanitaire	Nombre de jours	Séance du Conseil	Date de la décision d'évacuation sanitaire	Nombre de jours	Séance du Conseil	Date de la décision d'évacuation sanitaire	Nombre de jours	Séance du Conseil	Date de la décision d'évacuation sanitaire	Nombre de jours
17-sept-14	14-nov-14	58	01-juil	15-juil	14	15-sept	21-sept	6	21-nov-17	11-déc-17	20	29-janv-18	09-févr-18	11
06-mars-14	17-mars-14	11	29-oct	07-déc	39	23-févr	25-avr	62	29-juin-17	21-juil-17	22	10-sept-18	19-sept-18	9
06-mars-14	17-mars-14	11	24-mars	15-juil	113	15-sept	21-sept	6	16-févr-17	24-févr-17	8	29-janv-18	09-févr-18	11
17-sept-14	03-déc-14	77	24-mars	05-août	134	19-juil	30-sept	73	21-sept-17	28-sept-17	7	29-janv-18	09-févr	11
08-janv-14	06-févr-14	29	24-mars	05-août	134	15-sept	17-oct	32	16-févr-17	24-févr-17	8	08-mai-18	15-mai-18	7
22-mai-14	02-juil-14	41	01-juil	11-août	41	15-sept	04-nov	50	16-févr-17	01-mars-17	13	29-janv-18	18-févr-18	20
06-mars-14	08-avr-14	33	31-juil	08-sept	39	23-févr	26-mai	93	21-sept-17	31-oct-17	40	29-janv-18	09-févr-18	11
17-juin-14	26-août-14	70	31-juil	16-oct	77	15-sept	04-nov	50	17-févr-17	22-mars-17	33	29-janv-18	23-févr	25
06-mars-14	10-avr-14	35	31-juil	29-sept	60	19-mai	22-juil	64	29-juin-17	21-juil-17	22	29-janv-18	16-mars-18	46
06-mars-14	10-avr-14	35	31-juil	26-oct	87	19-juil	29-juil	10	16-févr-17	29-mars-17	41	08-mai-18	22-mai-18	14
17-sept-14	14-nov-14	58	29-oct	27-nov	29	19-mai	18-août	91	11-avr-17	18-avr-17	7	08-nov-18	15-nov-18	7
06-mars-14	10-avr-14	35	29-oct	27-nov	29	19-juil	18-août	30	29-juin-17	21-juil-17	22	27-mars-18	06-avr-18	10
06-mars-14	29-avr-14	54	29-oct	07-déc	39	19-juil	29-août	41	11-avr-17	18-avr-17	7	27-mars-18	11-mai-18	45
06-mars-14	29-avr-14	54	22-déc	29-janv	38	23-févr	05-avr	42	29-juin-17	06-juil-17	7	10-sept-18	27-sept-18	17
06-mars-14	29-avr-14	54	22-déc	16-févr	56	19-juil	29-août	41	11-avr-17	04-mai-17	23	08-mai-18	22-mai-18	14
17-sept-14	18-déc-14	92	22-déc	16-févr	56	08-nov	17-nov	9	21-sept-17	31-oct-17	40	08-mai-18	22-mai-18	14
19-mars-14	02-mai-14	44	24-mars	16-avr	23	08-nov	23-nov	15	11-avr-17	04-mai-17	23	08-nov-18	15-nov-18	7
17-sept-14	18-déc-14	92	24-mars	16-avr	23	14-juin	22-juil	38	11-avr-17	24-mai-17	43	08-mai-18	22-mai-18	14
19-mars-14	02-mai-14	44	24-mars	23-avr	30	08-nov	28-nov	20	29-juin-17	06-juil-17	7	10-sept-18	27-sept-18	17
17-sept-14	18-déc-14	92	24-mars	24-avr	31	14-juin	20-juin	6	21-sept-17	13-oct-17	22	08-mai-18	11-juin-18	34
06-mars-14	17-mars-14	11	24-mars	11-juin	79	07-déc	14-déc	7	29-juin-17	06-juil-17	7	10-sept-18	27-sept-18	17

Handwritten mark

22-mai-14	30-mai-14	8	24-mars	16-juin	84	07-déc	20-déc	13	29-juin-17	06-juil	7	08-mai-18	25-juin-18	48
22-mai-14	30-mai-14	8				23-févr	05-avr	42	21-nov-17	11-déc-17	20	08-nov-18	15-nov-18	7
22-mai-14	02-sept-14	103												
17-sept-14	18-déc-14	92				23-févr	05-avr	42	29-juin-17	06-juil-17	7	08-mai-18	25-juin-18	48
17-juin-14	24-juil-14	37				23-févr	05-avr	42	07-août-17	09-août-17	2	08-nov-18	13-déc-18	35
17-juin-14	26-août-14	70				19-juil	29-juil	10	29-juin-17	29-août-17	61	26-juin-18	04-juil-18	8
17-juin-14	26-août-14	70				23-févr	22-avr	59	21-sept-17	28-sept-17	7	10-sept-18	06-nov-18	57
22-mai-14	02-sept-14	103				06-mai	12-mai	6	21-sept-17	28-sept-17	7	26-juin-18	04-juil-18	8
18-sept-14	23-sept-14	5				19-mai	26-mai	7	21-sept-17	28-sept-17	7	08-nov-18	15-nov-18	7
18-sept-14	02-oct-14	14				14-juin	20-juin	6	21-sept-17	05-oct-17	14	26-juin-18	04-juil-18	8
18-sept-14	02-oct-14	14				23-févr	26-mai	93	21-sept-17	05-oct-17	14	26-juin-18	12-juil-18	16
18-sept-14	27-oct-14	39				08-nov	23-nov	15	21-sept-17	31-oct-17	40	21-sept-17	12-juil-18	294
17-sept-14	14-nov-14	58				14-juin	22-juil	38	21-sept-17	16-nov-17	56	26-juin-18	17-juil-18	21
17-sept-14	14-nov-14	58				08-nov	10-nov	2	21-nov-17	05-déc-17	14	26-juin-18	03-sept-18	69
17-sept-14	20-nov-14	64							21-nov-17	05-déc-17	14	26-juin-18	03-sept-18	69
17-sept-14	20-nov-14	64							21-nov-17	05-déc-17	14	10-sept-18	19-sept-18	9
17-sept-14	03-déc-14	77										10-sept-18	28-sept-18	18
17-sept-14	05-déc-14	79										10-sept-18	28-sept-18	18
17-sept-14	09-déc-14	83										10-sept-18	06-nov-18	57
												08-nov-18	15-nov-18	7
												08-nov-18	23-nov-18	15
												08-nov-18	23-nov-18	15
												08-nov-18	23-nov-18	15
												08-nov-18	23-nov-18	15
												29-janv-18	23-févr-18	25
		51			57			34			20			28

Handwritten mark

TAMBACOUNDA	55 560 460	69 983 060	90 346 700	116 085 700	282 402 900	3,32
THIAROYE	12 434 000	17 416 850	11 215 250	5 286 250	8 784 700	0,10
THIES	237 452 450	321 526 900	379 510 300	377 892 430	438 114 655	5,15
TIVAOUNE	10 326 600	8 954 000	18 676 600	14 791 940	22 244 000	0,26
TOUBA	24 704 550	20 212 700	4 100 600	3 391 900	22 572 800	0,27
YOUSOU MBARGAN DIOP	-	-	7 129 050	4 385 000	33 126 960	0,39
TRANS SANGUINE CNTS	7 424 487	10 371 470	11 880 827	9 533 690	17 173 658	0,20
ZIGUINCHOR	56 099 420	21 326 150	128 741 525	153 527 320	103 216 360	1,21
SOUS TOTAL 2	5 237 671 699	5 671 615 345	6 664 212 915	6 554 639 251	6 565 388 021	77,22
TOTAL GENERAL	6 773 231 505	7 078 271 461	8 435 001 672	8 237 487 688	8 502 098 644	100

Source : BULCI 2014 à 2018

CONFIDENTIEL

g

ln