Institut Supérieur de Management de la Santé

(ISMS)

Ministère de la santé
et de la prévention Médicale
Sénégal

DESS EN ECONOMIE DE LA SANTE

Promotion 9ième : 2006-2007

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

THEME :

Analyse du financement des activités des Postes et Centres de santé dans le District de Kédougou et de la Polyclinique Communautaire de Golf Sud (Guédiawaye)au Sénégal

Bibliothèque du CESAG
108402

CESAG

CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

Présenté par : M. YAO Konan Christian

Sous la direction de : Dr. Hervé LAFARGE
Maître de conférences
Université Paris Dauphine
Professeur Associé au CESAG

FDFP
FONDS DE DEVELOPPEMENT DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS 5

INDEX DES GRAPHIQUES 7

LISTE DES TABLEAUX 8

DEDICACES 9

REMERCIEMENTS 10

INTRODUCTION 11

PARTIE I CADRE THEORIQUE 13

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF DE RECHERCHE 13

I. PROBLEMATIQUE 13

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE 15

III. QUESTIONS DE RECHERCHE 15

IV. HYPOTHESES DE RECHERCHE 16

CHAPITRE II : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE 17

I. SITUATION GEOGRAPHIQUE [27] 17

II. ECONOMIE [27] 17

III. POPULATION [27] 18

IV. LE SYSTEME DE SANTE [27] 18

1. Politique sanitaire 18

2. Organisation sanitaire du secteur public 19

V. LA SITUATION SANITAIRE 22

1. Epidémiologie [27] 22

2. Infrastructures sanitaires [23] 23

3. Ressources financières [23] 24

4. Ressources humaines [23] 25

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE III: ETAT DES CONNAISSANCES *26*

CHAPITRE IV : CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE *29*

I. DISTRICT SANITAIRE DE KEDOUGOU *29*

II. La polyclinique communautaire de Golf Sud *31*

CHAPITRE V : METHODOLOGIE *33*

I. PLANIFICATION OPERATIONNELLE DE L'ETUDE *33*

A. TYPE D'ETUDE *33*

B. LES VARIABLES A L'ETUDE *33*

C. CHOIX DES CENTRES DE SANTE ET DES POSTES DE SANTE *33*

D. METHODES ET OUTILS DE L'ENQUETE DE TERRAIN *34*

E. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES *36*

II. LIMITE DE LA METHODOLOGIE *39*

PARTIE II : PRESENTATION ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS *40*

CHAPITRE I : PRESENTATION DES RESULTATS *40*

I.DISPOSITIF DE FINANCEMENT *40*

A.LES SOURCES DE FINANCEMENT DU CENTRE DE SANTE DE KEDOUGOU ET DE LA POLYCLINIQUE DE GOLF SUD *40*

B.LES SOURCES DE FINANCEMENT DES POSTES DE SANTE *41*

C.LES OPERATIONS DE FINANCEMENT (MODALITES DE FINANCEMENT) DES FS *44*

II.LES RESULTATS SUR LES CHARGES ET PRODUITS DES CENTRES DE SANTE *45*

1.Les comptes d'exploitation des Centres de Santé *45*

2.Structures des charges de fonctionnement des centres de santé *47*

3.Recettes Propres des Centres de Santé *50*

4.La gestion du Médicament des Centres de Santé *53*

5.Production et Productivité des Centres de Santé *58*

CESAG BIBLIOTHEQUE

III.LES RESULTATS SUR LES CHARGES ET PRODUITS DES POSTES DE SANTE... ..... *62*

1. Les comptes d'exploitation des postes de santé étudiés.....*62*

2. La structure des charges de fonctionnement des Postes de Santé.....*64*

3. Recettes Propres des Postes de Santé.....*68*

4. La gestion du médicament des postes de santé.....*69*

5. Production et Productivité des Postes de Santé.....*72*

CHAPITRE 2 : ANALYSE ET DISCUSSION *77*

I.LE DISPOSITIF DE FINANCEMENT DES CENTRES ET POSTES DE SANTE.....*77*

II.LES RESULTATS SUR LES CHARGES ET PRODUITS DES CENTRES ET POSTES DE SANTE *78*

III.LA STRUCTURE DES CHARGES DE FONCTIONNEMENT DES CENTRES ET POSTES DE SANTE *79*

IV.RECETTES PROPRES DES CENTRES ET POSTES DE SANTE.....*81*

V.GESTION DU MEDICAMENT.....*81*

VI.PRODUCTIVITE DES CENTRES ET POSTES DE SANTE.....*82*

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....*84*

CONCLUSION.....*84*

RECOMMANDATIONS.....*85*

ANNEXES.....*87*

BIBIOGRAPHIE.....*91*

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES ABREVIATIONS

Ac Dev : Action et Développement
ASC : Agent de Santé Communautaire
BAD: Banque Africaine de Développement
BCI : Budget Consolidé d'Investissement
BFnD : Budget de Fonctionnement non Décentralisé
CAFSP : Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CS : Centre de Santé
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
CSS : Compagnie Sucrière Sénégalaise
DAGE : Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DÉPPERS : Dépenses en Personnel
DÉPTOT : Dépenses totales
DPM : Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRH : Direction des Ressources Humaines
EDS : Enquête Démographique et de Santé
EPS : Education Pour la Santé
ESAM : Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
FAD Fond Africain de Développement
FDD : Fond de Dotation Décentralisé
FSU-COM : Formations Sanitaires Urbaines et Communautaires
GAVI : Global Alliance for Vaccine and Immunization
GS : Golf Sud
IB: Initiative de Bamako
ICP Infirmier Chef de Poste
IEC : Information Education Communication
IRA : Les infections respiratoires aiguës
ISA : Indice Synthétique d'Activités
ISF : Indice Synthétique de Fécondité.
MCD : Médecin Chef de District
MSHP : Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique
MSPAS : Ministère de la Santé, de la Prévention et d'Action Sociale

CESAG - BIBLIOTHEQUE

MSPM : Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non Gouvernementale

PDIS : Programme Intégré de Développement Sanitaire

PEC : Prise en Charge

PMA: Pays les Moins Avancés

PPTE : Pays Pauvres Très Endettés.

PRA : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

PRDTION : Production

PRIXMOY : Prix moyen de cession des médicaments

PS : Poste de Santé

RECTOT : Recettes totales

RGP : Recensement Général de la Population

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SIDA : Syndrome Immunodéficitaire Acquis

SNIS : Service National de l'Information Sanitaire

SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence

SSP : Soins d Santé Primaire

TGFG : Taux Global de Fécondité Générale

UNICEF: United Nations Internationals Children Emergency Found

VIH : Virus de l'Immunité Humaine

CESAG BIBLIOTHEQUE

INDEX DES GRAPHIQUES

Graphique1 : Proportions du financement en fonction des sources
Graphique 2 : Sources de Financement de chaque poste de santé
Graphique 3 : Répartition du financement de l'ensemble des postes de santé par source
Graphique 4 : Proportion des charges couvertes par les produits des Centres de Santé.
Graphique 5 : Catégories de dépenses de fonctionnement des centres de santé
Graphique 6 : Financement du Personnel des Centre de Santé par source
Graphique 7 : Financement du médicament des Centres de Santé par source
Graphique 8 : Financement des autres charges de fonctionnement par source
Graphique 9 Catégorie de recettes propres de la polyclinique communautaire de GS
Graphique 10 : Catégories de recettes propres du centre de santé de Kédougou
Graphique 11 : Prix de cession moyens des médicaments dans les centres de santé
Graphique 12 : Taux de marques moyens des prix des médicaments des centres de santé
Graphique 13 : Productivité des centres de santé
Graphique 14: Production des centres de santé
Graphique 15: Facteurs travail des centres de santé
Graphique 16: Proportion des charges couvertes par les produits des PS
Graphique17 : Catégories de dépenses des postes de santé
Graphique18 : Proportion moyenne des dépenses des postes de santé étudiés
Graphique 19: Financement du Personnel des Postes de Santé par source
Graphique 20 : Financement du médicament des Postes de Santé
Graphique 21 : Financement des autres charges de fonctionnement des Postes de Santé
Graphique 22 : Catégories de recettes propres des postes de santé
Graphique 23 : Prix moyen de cession moyens des médicaments dans les dépôts communautaires des postes de santé
Graphique 24 : Taux de marque dans la pratique de gestion des postes de santé
Graphique 25 : Productivité des postes de santé
Graphique26 : Production des postes de santé
Graphique 27 : Facteurs de production des postes de santé

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES TABLEAUX

Tableau1: Distribution des infrastructures selon la région en 2005
Tableau 2 : production du centre de santé Kédougou
Tableau 3 : Effectif du personnel du centre de santé Kédougou
Tableau 4 : Production des postes de santé de Dalaba et de Banafassi
Tableau 5 : Effectif du personnel des postes de santé de Dalaba et de Banafassi
Tableau 6 : production de la Polyclinique de Golf Sud
Tableau 7 : Effectif du personnel de la Polyclinique de Golf Sud
Tableau 8 : Les formations sanitaires étudiées
Tableau 9: Répartition du financement par source de financement en FCFA
Tableau 10 : Répartition du financement des postes de santé par source en FCFA
Tableau 11 : Compte d'exploitation synthétique des Centres de Santé
Tableau 12: structures des charges exécutées par Centres de Santé
Tableau 13: Catégories de recettes propres des centres de santé
Tableau 14 : Ratio des recettes propres/Dépenses de Comité de Santé
Tableau 15 : Recettes de la Polyclinique issues des mutuelles de santé
Tableau 16 : Tableau d'équivalence taux de marque / Coefficients multiplicateurs / taux de marge
Tableau 17 : Prix de cession des médicaments dans les dépôts communautaires
Tableau18 : Le taux de marque sur le panier de médicaments dans les centres de santé
Tableau 19 : Productivité des centres de santé
Tableau 20: Ratio Dépenses /Production des Centres de Santé
Tableau 21 : compte d'exploitation synthétique des postes de santé
Tableau 22: Structure des charges exécutées par PS
Tableau 23 : Catégories de recettes propres des postes de santé
Tableau 24 : rotio des recettes propres/Dépenses de Comité de Santé des postes de santé
Tableau 25: Prix de cession des médicaments dans les dépôts communautaires des postes de santé.
Tableau 26 : Taux de marque sur un panier de médicament dans les postes de santé
Tableau 27 : Productivité des postes de santé
Tableau 28: Ratio Dépenses/Production des Postes de Santé

CESAG BIBLIOTHEQUE

DEDICACES

AU NOM DE L'ETERNEL TOUT PUISSANT, LE MISERICORDIEUX, LE DIEU DE REUSSITE ET DE VICTOIRE, GRACE A QUI CE PROJET EST REALITE ; JE DEDIE CE VOLUME A :

- **MON PERE ET A MA MERE** QUE DIEU VOUS ACCORDE LONGUE VIE POUR QUE VOUS CONTINUEZ A RECOLTER CE QUE VOUS AVEZ SEME.
- **MR ET MME AHOUTCHIALE** POUR LE SOUTIEN INESTIMABLE ; DIEU VOUS ACCORDE DE VIVRE HEUREUX ET BENISSE VOTRE POSTERITE
- **MA FILLE AKOSSIA MARIE CARMEL** MERCI POUR TON INTERCESSION
- **PAPA JULES ET SA FAMILLE ET L'ENSEMBLE DE MES FRERES ET SŒURS (RACHELLE, LEA, PARFAIT...)** QUI M'ONT SOUTENU EN PRIERE : LE SOUTIEN LE PLUS PRECIEUX
- **MON COUSIN KOUAKOU JULIEN AUX USA** POUR LE SOUTIEN
- **GRAND PERE LOUKOU ET ONCLE KOUAKOU ET LEUR FAMILLE** POUR LEUR PROMPT SOUTIEN
- **MES COHABITANTS : NATHALIE, ESMEL, ROLAND, MARCELLE ET SALY**
- **A SAKO MAMADOU ET AMAN JEAN LOUIS**
- **A MES AMIS ET FRERES ALAIN, PATRICE, JOSSELIN ET EDGARD**

CESAG BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

NOUS ADRESSONS NOS REMERCIEMENTS :

- AU **FOND DE DEVELOPPEMENT ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE (FDFP)** POUR NOUS AVOIR OCTROYE UNE BOURSE POUR CETTE FORMATION DE **DSES** AU CESAG DE DAKAR
- A **LA CELLULE D'APPUI AU FINANCEMENT DE LA SANTE ET AU PARTENARIAT (CAFSP) DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE AU SENEGAL** POUR NOUS AVOIR ACCORDE LE STAGE DE FIN DE FORMATION
- A **LA COOPERATION FRANCAISE** POUR LE FINANCEMENT DE CETTE ETUDE
- A **MADAME BENEDICTE BRUSSET,** ASSISTANTE TECHNIQUE DE LA COOPERATION FRANÇAISE A LA **CAFSP** POUR LA SPONTANEITE AVEC LAQUELLE VOUS AVEZ ACCEPTE DE CODIRIGER CETTE ETUDE
- AU **PROFESSEUR LAFARGE** ENSEIGNANT ASSOCIE AU CESAG POUR AVOIR DIRIGE CETTE ETUDE
- A **MONSIEUR AMANI KOFFI,** DIRECTEUR DE L'ISMS
- A **DOCTEUR EL HADJ GUEYE,** DIRECTEUR DEPARTEMENT ECONOMIE DE L'ISMS
- **AU PROFESSEUR BENIE,** ENSEIGNANT ASSOCIE AU CESAG
- **A MADAME GUEYE,** ASSISTANTE DE PROGRAMME A L'ISMS

A TOUS LES STAGIAIRES DE LA 9IEME PROMOTION DU DESS ECONOMIE DE LA SANTE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

Le Sénégal après son indépendance en 1960, à l'instar des autres Etats en développement, a opté pour la gratuité des soins. Cette politique était essentiellement financée par les sources publiques. Un peu plus d'une dizaine d'années après la mise en œuvre de cette vision, la prise en charge de la santé des populations a connu de nombreux changements. En effet, l'ajustement structurel survenu dans les années 70, la recrudescence de certaines maladies, l'accroissement de la population au taux annuel de 2,5 %**[5]**, l'adoption de nouveaux styles de vie, de nutrition et les modifications des structures familiales traditionnelles, influencent le financement de la santé par l'augmentation de la demande de soins de qualité.

Pour faire face à ces difficultés, le Ministère de la santé s'est engagé dans un processus de réforme du système national de santé. Ainsi, la formulation d'une politique de santé axée sur la stratégie des soins de santé primaire, la création des districts sanitaire à la place des circonscriptions médicales sont des solutions mises en œuvre par cette institution gouvernementale **[36]**.

Devant les possibilités limitées de l'Etat à assurer le financement des soins de santé, le Gouvernement a adopté et appliqué l'Initiative de Bamako. La mise en œuvre de cette stratégie s'est traduite par deux mesures importantes :

- la définition d'une politique de médicaments essentiels pour rationaliser la production des soins ;

- la fixation des conditions de participation communautaire à travers les comités de santé par la promulgation du décret 92/118/MSPAS du 17 janvier 1992 qui concerne l'organisation et le fonctionnement des comités de santé.

En effet, le lancement en 1987 de l'initiative de Bamako par l'OMS et l'UNICEF dont le but était *« d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaires et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique »* **(40),** constitue une stratégie de renforcement des soins de santé primaires pour un fonctionnement durable des structures sanitaires. La participation financière de la communauté fait suite à une politique de soins gratuits qui se traduisait avant les reformes du financement de la santé par des pénuries et un disfonctionnement général des structures de soins dans presque tous les pays africains. Aussi, l'expérience montre t-elle que la participation communautaire est devenue plus un moyen qu'une finalité, car souvent la notion « participation

CESAG - BIBLIOTHEQUE

communautaire », s'est limitée à un aspect économique et financier : « la population doit payer ». Tout recouvrement des coûts doit être intégré dans le cadre de la participation prise dans un sens beaucoup plus large, c'est-à-dire une responsabilisation, une implication dans le management, l'organisation, l'estimation des besoins en santé, une prise en compte de l'équité et en final, une mobilisation des ressources.

Au Sénégal, la réforme de la décentralisation dans le secteur de la santé est renforcée par les dispositions de la loi N°96-07 du 22 Mars 1996 portant transfert de compétences aux collectivités locales. Aussi, est-il mentionné un transfert des moyens et ressources nécessaires à l'exercice normal de ces compétences par le biais des Fonds de Dotation Décentralisés.

Par ailleurs, les partenaires au développement sont nombreux à financer les prestataires pour soutenir le Ministère de la santé dans le processus de décentralisation de la santé.

En définitive, les formations sanitaires du district mettent en œuvre les activités des SSP, qui constituent la base de la politique de santé. Ces activités doivent être mises en œuvre de manière efficiente, dans un souci de pérennité et de satisfaction de la demande de la population. En effet, les districts sanitaires connaissent beaucoup de difficultés pour trouver les ressources suffisantes pour financer leurs activités. En outre, la coordination de ces différentes ressources face à une pluralité d'acteurs de financement n'est pas aisée.
Cette question est d'autant plus cruciale que la plupart des districts sanitaires sont confrontés à un retard de mise en place des financements **(39)**.

C'est dans ce contexte que nous nous proposons d'analyser les dispositifs de financement des centres et postes de santé au Sénégal. Comment les différentes ressources financières sont fournies aux structures sanitaires de premier contact ? A quels postes de dépenses sont-elles affectées?

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF DE RECHERCHE

I. PROBLEMATIQUE

La proclamation de la Santé Pour Tous (SPT) en 1977 est devenue un objectif des politiques de développement sanitaire concrétisée par l'adoption de la priorité donnée aux soins de santé primaires (SSP) à ALMA ATA en 1978. Depuis lors, les Soins de Santé Primaires sont devenus un cadre de référence pour la définition des politiques et des plans nationaux sanitaires au Sénégal comme dans l'ensemble des pays qui y ont adhéré.

En 1985, le district est identifié comme la pièce maîtresse du développement sanitaire. Le lancement en 1987 de l'initiative de Bamako est une stratégie de renforcement des soins de santé primaires pour un fonctionnement durable des structures sanitaires et une croissance des améliorations souhaitées au plan de la santé des populations.

Mais deux décennies plus tard le constat reste le même marqué par un mauvais état des indicateurs de santé dans les pays moins avancés comme au Sénégal. En effet, malgré une importante mobilisation de ressources matérielles et financières en faveur des formations sanitaires, l'on note le poids des maladies comme le paludisme, les maladies diarrhéiques et la malnutrition malgré une baisse relative enregistrée ces dernières années. A cela s'ajoute les efforts à déployer pour améliorer la qualité, l'équité et l'accès aux soins que demandent les populations.

C'est dans ce tableau que s'inscrit la plupart des districts sanitaires. Les ressources sont limitées alors que les problèmes de santé sont de plus en plus importants.

En réponse à ce contexte marqué par le poids de la maladie, des actions sont mises en œuvre et le Sénégal, à l'instar de certains pays d'Afrique Subsaharienne, possède, pour améliorer la situation des atouts qui sont entre autres :

- le gouvernement exprime la volonté de développer des plans stratégiques plus efficaces basées sur une analyse situationnelle fournie ;
- une variété de sources de financement de la santé et l'enregistrement d'un budget accordé à la santé de plus en plus important en valeur absolu ;
- l'appui technique à travers l'aide des partenaires bilatéraux et multilatéraux ;
- le développement de la médecine entant que science humaine.
- Etc …

CESAG BIBLIOTHEQUE

En dépit de ces avantages, des entraves majeures à l'atteinte des objectifs de << Santé pour Tous >> demeurent. Parmi celle-ci, le problème du financement du système de la santé en général et dans les districts sanitaires en particuliers est à l'ordre du jour dans de nombreux pays en développement.

Une analyse de l'état révèle que les dispositifs de financement sont pour la plupart mal connu des acteurs et manque d'adéquation et d'efficacité dans leur mise en œuvre.

Au demeurant, le poids respectif des contributions à l'effort de la santé est mal apprécié au niveau national; la répartition de l'effort de financement de la santé sur les différents acteurs, de partage des charges entre l'État, les collectivités locales et la population devient un sujet majeur. Les comptes nationaux qui devaient fournir cette traçabilité ne sont pas encore élaborés. L'OMS ayant recommandé aux pays d'étudier périodiquement leurs dépenses de santé et les sources de financement **(38)**.

Par ailleurs, les processus de mobilisation des fonds propres des structures sanitaires pourraient être mis en regard afin de proposer des solutions pour une bonne contribution des comités de santé dans le dispositif de financement au Sénégal. En effet, le tarif des actes et les prix des médicaments sont des outils permettant à la formation sanitaire de couvrir une partie de ses coûts tandis qu'ils constituent un des déterminants fondamentaux de la demande du recours aux soins et de son accès.

En plus, les tarifs des actes et les prix des médicaments sont variables selon le statut (privé et public) et la localisation (zone isolée et zone à fort activités économiques) des formations sanitaires. Cela pose un problème de mobilisation de ressources propres pour les structures sanitaires des zones défavorisées qui pratiquent des prix faibles.

Connaître les sources, les mécanismes et stratégies de financement est une nécessité pour le ministère de la santé. Compte tenu d'un contexte général de rareté des ressources, les responsables des structures sanitaires : comités de santé et personnel de santé, doivent tirer au mieux partie de ces différentes sources de financement dont la coordination n'est pas aisée. Ces éléments sont indispensables pour augmenter ou améliorer l'efficience de l'allocation des ressources destinées aux Centres et Postes de santé.

En définitive, l'analyse du dispositif de financement, des dépenses et des recettes de ces formations sanitaires publiques du niveau opérationnel est l'objet premier de cette étude.

Comment concevoir de nouveaux schémas de mobilisation des ressources financières pour résoudre les nombreux problèmes qui se posent aux Centres de Santé et Postes de santé dans le cadre de la décentralisation ?

CESAG BIBLIOTHEQUE

Comment les formations sanitaires sont-elles financées dans le cadre des soins de santé primaires ?

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectif General de l'étude

L'objectif est d'analyser et proposer une synthèse du dispositif de financement des centres et postes de santé dans le cadre des SSP.

2. Objectifs spécifiques

a. Déterminer les poids respectifs de chaque source de financement
b. Identifier les ressources utilisées pour les activités de SSP
c. Identifier la structure des charges des FS et les sources qui supportent spécifiquement ces dépenses
d. Déterminer les poids respectifs des recettes des médicaments et des tarifs des prestations dans les chiffres d'affaires ;
e. Comparer les montants des charges et des produits
f. Etudier la pratique de tarification du médicament
g. Établir les comptes d'exploitation des structures sanitaires étudiées
h. Evaluer la productivité du personnel des Centre et Postes de santé.

III. QUESTIONS DE RECHERCHE

1. Comment les formations sanitaires sont-elles financées ?
    a. Quelle est la part du financement de l'Etat ?
    b. Quelle est la part du financement des patients (répartis en mutualistes, soins non payés et valorisés, autres assurés, non assurés) ?
    a. Quelle est la part de financement des collectivités locales ?
2. Quelle est la structure du financement reçu par les formations sanitaires de premier contact?
    a. Quelle est la structure des produits et des charges des formations sanitaires ?
    b. Quelle est la part des charges de personnel selon leur nature et l'origine du financement (personnel d'État, personnel communautaires personnel des collectivités, personnel des bailleurs) ?

CESAG BIBLIOTHEQUE

c. Quelle est la part des charges de fonctionnement en dehors des médicaments et du personnel ?

d. Quelle est la part relative des recettes médicaments ?

- ✓ Quelles sont les marges pratiquées pour le panier de médicaments ?
- ✓ Quelle est la part de la dotation en médicaments de l'État ?

e. Quelle est la part relative des recettes en actes ?

3. Quelle est la productivité des centres & postes de santé ?
   a. Quelle est la production globale de la structure sanitaire ?
   b. Quelle est la productivité du facteur de production « personnel » ?

CESAG BIBLIOTHEQUE

IV. HYPOTHESES DE RECHERCHE

1. Malgré la politique de décentralisation de la santé, l'Etat reste le principal financeur des Postes et Centre de santé publics.
2. L'Etat n'est pas présent dans le financement du fonctionnement de la structure privée sans but lucratif.
3. Les formations sanitaires ne réalisent pas d'excédents entre produits et charges.
4. Le contexte économique influe sur la participation des collectivités locales à la santé.
5. Les recettes du médicament occupent une place importante dans le financement propre des structures
6. Les marges sur les prix des médicaments sont plus élevées en zone favorisée qu'en zone défavorisée donc un non respect des recommandations sur les marges des médicaments venant du niveau central.

CHAPITRE II : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

I. SITUATION GEOGRAPHIQUE [27]

Le Sénégal est situé dans la pointe la plus occidentale du continent Africain dans l'Océan Atlantique.

Le pays est limité au Nord par la République de Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée Bissau et la Guinée Conakry et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. Il est traversé par la Gambie qui est une enclave de terre située entre les régions sénégalaises de Kaolack et de Ziguinchor, sur le cours inférieur du fleuve du même nom. D'une superficie de 196 722 kilomètres carrés, le Sénégal possède une grande ouverture sur l'océan atlantique avec ses 700 kilomètres de côtes. C'est un pays plat ; l'altitude dépasse rarement 100 mètres et le point culminant, le Mont Assiriki situé au Sud- Est du pays, a une hauteur de 381 mètres.

Au niveau administratif, le territoire compte 11 régions administratives, la dernière née étant celle de Matam (créée en 2002). Les régions sont subdivisées en départements (au nombre de 34). On dénombre 66 communes (assimilées au milieu urbain), 94 arrondissements et 320 communautés rurales.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

II. ECONOMIE [27]

En 2005, le Sénégal demeure dans le groupe des pays à faible revenu, le PIB par habitant est de 1792 $ US. Ceci se traduit par une population à majorité pauvre et peu instruite avec comme corollaire des carences alimentaires, des conditions d'hygiène individuelle et collective précaires, un faible accès aux soins de santé.

Il est donc classé parmi les Pays les Moins Avancés (PMA) et éligible à l'initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés). Le phénomène de la pauvreté est apparu et s'est amplifié dans les années 90 avec une détérioration continue des conditions de vie des ménages malgré un taux de croissance économique qui tournait autour de 4,3 % dans la période 1995-2003. Cette croissance était essentiellement générée par le secteur tertiaire (51,1 %), le secteur secondaire (20,2 %) et le secteur primaire (17,1 %).

Aussi, pour rompre ce cercle infernal, le Sénégal a-t-il adopté une Stratégie de lutte contre la pauvreté au sein de laquelle la santé occupe une place importante.

III. POPULATION [27]

Estimée à 6 896 000 habitants en 1988, la population est passée à 8,6 millions en 1996, à 10 564 300 en 2004 puis à 11 113 793 en 2005.

La densité moyenne est de 43 habitants au kilomètre carré. Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 11 régions administratives du pays. La région la moins étendue, celle de Dakar, occupe 0,3 % de la superficie du territoire national et abrite près de 23 % de la population totale et 75 % de la population urbaine. La région la plus étendue, Tambacounda, abrite environ 6 % seulement de la population.

La croissance démographique demeure encore élevée (2,5 %). Le rythme d'accroissement rapide de la population est principalement dû à la forte fécondité (ISF de 6,7 en 1997) malgré une mortalité en baisse sensible mais toujours élevée. La population du Sénégal est extrêmement jeune plus de 50 % ont moins de 20 ans.

Le taux d'alphabétisation est fortement corrélé au degré d'urbanisation. Pour une moyenne nationale de 65 % d'analphabètes, le taux d'analphabétisme le plus faible est observé à Dakar (35 %) ; Ziguinchor suit avec 43 %. Dans les autres régions, en dehors de Saint-Louis et Thiès, l'analphabétisme se situe à plus de 75 %. Bien que le Sénégal compte plus de 20 ethnies, plus de 90 % de la population appartiennent à cinq groupes ethniques dominants : Wolof (43 %), Poular (24 %), Sérer (15 %), Diola (5 %) et Mandingue (4 %). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94 % de musulmans). On y trouve aussi des chrétiens (4 %). L'animisme et les autres religions représentent 2 %.

CESAG BIBLIOTHEQUE

IV. LE SYSTEME DE SANTE [27]

1. Politique sanitaire

La Politique de Santé se fonde sur la constitution qui stipule en son article 17 que «l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille».

La volonté politique affichée par l'Etat du Sénégal se traduit par une série de mesures tendant toutes à une meilleure déconcentration du secteur, dans un souci d'équité, pour rendre accessibles les services socio-sanitaires de base à toute la population quel que soient leurs conditions économiques et sociales. C'est ainsi que le Sénégal a institué les Soins de Santé Primaires comme base de la Politique de Santé suite à la Conférence mondiale d'Alma-Ata en 1978. Toutefois, il existait déjà une certaine organisation des soins de santé de base à la

faveur de la Réforme Administrative et Locale de 1972, première étape de la décentralisation au Sénégal.

La participation des populations à l'effort de santé est réglementée à travers le décret 92-118 du 17 Janvier 1992 fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les Comités de Santé et portant statuts types desdits comités. D'autre part, il a été tenu compte davantage de la dimension humaine dans la politique sociale du département avec les difficultés économiques qui réduisent les capacités de l'Etat en matière d'assistance aux populations démunies.

Plusieurs réformes et initiatives dans le domaine du financement de la santé, vont ainsi contribuer, avec la réorganisation du Ministère, à créer un environnement favorable au développement sanitaire.

CESAG BIBLIOTHEQUE

2. Organisation sanitaire du secteur public

Le système de santé du Sénégal est organisé selon les recommandations du scénario de développement sanitaire à trois niveaux proposé depuis 1985 par le Bureau régional de la région Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé, avec une structuration pyramidale comprenant : à la base, un niveau périphérique appelé District sanitaire constitué de centres de santé, de postes de santé supervisant les cases et les maternités rurales pour la mise en œuvre des activités. A l'échelon intermédiaire, un niveau stratégique appelé région médicale traduisant les politiques nationales en stratégies régionales.

Au sommet, un niveau central comprenant le cabinet du Ministre, les directions et les services nationaux formulant les orientations et politiques de santé.

a. Le District Sanitaire

Le district sanitaire constitue une subdivision sanitaire proche des populations, et est placé sous la responsabilité du Médecin Chef. Il s'agit du niveau opérationnel de la pyramide sanitaire où s'applique la médecine dans son aspect quadridimentionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Dans la pyramide sanitaire, le district sanitaire occupe une place importante car c'est à ce niveau dit opérationnel que s'exécutent beaucoup de programmes de santé de façon intégrée. Le Sénégal compte 56 districts dont 04 ont été créés en juillet 2004 (pour 60 centres de santé avec le découpage de la région de Matam en 3 districts). Le Médecin Chef de district dirige une équipe cadre composée au minimum d'un superviseur chargé du suivi des SSP, d'un superviseur chargé de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale

et d'un superviseur de l'Education Pour la Santé (EPS). Le district comprend entre 5 et 45 postes de santé urbains ou ruraux, dirigés par un Infirmier Chef de poste, et constituant la structure sanitaire de base qui couvre une population comprise entre de 5713 et 20 415 habitants. Le poste de santé rural polarise un réseau de cases de santé et maternités rurales gérées par des Agents de Santé Communautaire (ASC) et des matrones.

b. La Région Médicale

La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, a pour mission :

- d'assurer l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région
- d'organiser la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé
- d'assister les structures régionales de santé dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification
- d'organiser la formation continue des personnels sanitaires de la région, y compris le personnel communautaire
- d'assurer l'appui aux activités des districts sanitaires
- d'assurer le traitement statistique des données sanitaires de la région.

Chacune des onze régions médicales est dirigée par un médecin Chef de région placé sous l'autorité administrative du Gouverneur de la région, qui est le représentant du Président de la République et représente aussi tous les Ministres dans la région.

c. Le niveau central

Le niveau central comprend outre le Cabinet du Ministère, le Secrétariat général, les directions et les Services rattachés dont le Service National de l'Information Sanitaire (SNIS) et les régions Médicales. Bien que ces dernières soient administrativement rattachées au cabinet du Ministre, l'appui technique leur est assuré aussi bien par les Directions que par le SNIS grâce au système d'information sanitaire.

d. Le système de référence

La référence pose quelques problèmes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les facteurs évoqués sont surtout liés à la prise de décision, au transport, et à la disponibilité d'un plateau technique performant.

Mais, la référence suit une orientation indiquée selon la pyramide sanitaire.

Il comprend :

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- Les postes de santé qui se situent au premier niveau et assurent les soins de base ;
- Les centres de santé qui se situent au second niveau et assurent la prise en charge des soins qui ne peuvent pas être menés au niveau des postes ;
- Les hôpitaux départementaux et régionaux qui se situent au troisième niveau et dispensent des soins en gynécologie, obstétrique, médecine interne, pédiatrie, chirurgie et éventuellement des spécialités médicales et chirurgicales ;
- Les hôpitaux nationaux, avec notamment les centres hospitaliers nationaux qui constituent le dernier recours.

Il est à noter que le système de référence contre référence s'active pour :

- une maîtrise du mouvement des malades, à des fins de gestion des programmes ;
- une bonne circulation des malades entre les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- une prise en charge globale et intégrée des cas référés ;
- une harmonisation des indicateurs de santé.

L'organisation du système de santé public et du système de référence obéit au principe réaffirmé par la circulaire 1753 du 15 mars 1991, à savoir la fidélité aux axes de la stratégie des soins de santé primaire que sont :

- Le renforcement du premier échelon des services de santé
- Le développement des services de santé selon une approche participative
- La réorientation des activités hospitalières vers plus de technicité en complément des services rendus par le premier échelon.

Les efforts importants consentis pour la réalisation d'infrastructures nouvelles n'ont pas suffi pour compenser les effets de la croissance démographique (le ratio de 2004 à 2005 est passé de 176 072 à 165 878 pour les centres de santé, 11470 à 11874 pour les postes de santé et 480 196 à 505 172 pour les hôpitaux). Ainsi, on observe une baisse de la couverture en infrastructures sanitaires accentuée par le déficit en personnel. L'inaccessibilité des soins peut aussi s'expliquer par le faible pouvoir d'achat des populations, la faiblesse et la mauvaise qualité des infrastructures routières qui rendent difficile la fréquentation de certaines formations sanitaires à une certaine période (août à octobre). Ces facteurs entraînent en effet, une accessibilité inégale des populations aux soins, particulièrement les plus démunies.
L'accès à des soins de qualité pour ces populations démunies est la condition première pour l'amélioration des indicateurs de santé.

En outre, la répartition des infrastructures du Secteur Public suit un gradient aquaphile avec le nombre de postes de santé et de centres de santé se situant le long de la mer et du

CESAG - BIBLIOTHEQUE

fleuve Sénégal. Le secteur privé, largement concentré à Dakar, joue également un rôle important. Il est constitué d'un hôpital, de cliniques, de cabinets et de services médicaux d'entreprise. A cela se greffent des structures gérées par des organisations confessionnelles.
Les structures relevant de l'armée comprennent deux hôpitaux et des services médicaux de garnisons qui contribuent à l'offre de santé pour les populations.

V. LA SITUATION SANITAIRE

1. Epidémiologie [27]

Taux Global de Fécondité Générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer qui est estimé à 176‰. La tendance de la fécondité est à la baisse avec une accélération ces dernières années.
Les infections respiratoires aiguës (IRA) et particulièrement la pneumonie constituent l'une des premières causes de mortalité des enfants dans les pays en développement. Parmi les enfants de moins de cinq ans, on constate que plus d'un enfant sur dix (13%) a souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide. C'est chez les enfants de moins de 12 mois (18 à 19%) que ces infections respiratoires sont les plus fréquentes.

En ce qui concerne la fièvre, 30% des enfants de moins de cinq ans ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'EDS IV. La fréquence de la fièvre augmente, passant de 34 % chez les nourrissons de moins de six mois à 43% chez ceux de 6-11 mois, âge à partir duquel la prévalence de la fièvre diminue régulièrement avec l'âge

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. La prévalence de la diarrhée est particulièrement forte chez les jeunes enfants de 6-23 mois (32 à 34%).

D'après le calendrier vaccinal, tous les vaccins doivent être administrés avant l'âge d'un an. Six enfants de 12-23 mois sur dix (59 %) ont reçu tous les vaccins mais seulement environ un enfant sur deux (48 %) avait reçu tous les vaccins avant l'âge de 12 mois.
Au Sénégal, comme dans la majorité des pays au sud du Sahara, le paludisme représente 35 % des motifs de consultation, et demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

La mortalité des moins de 5ans est de 137pour 1000 naissances vivantes (2004). La mortalité maternelle est de 690 pour 100 000 naissances vivantes (2000) **[33]**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

L'espérance de vie est estimée à 55ans en 2004, la mortalité chez les adultes de sexe masculin est 358 pour 1000, et de 288 pour 1000 chez les femmes (2004).

En matière de VIH/SIDA, il existe au Sénégal, une épidémie de type concentré (prévalence basse et stable autour de 1 % chez les femmes enceintes et entre 15 % et 30 % dans le groupe des prostituées enregistrées) avec une circulation des deux types de virus (VIH1 et du VIH2) **[1]**.

2. Infrastructures sanitaires [23]

Le dispositif sanitaire comprend, en 2005, soixante sept centres de santé (67) dont 4 centres relevant de l'Association Solidarité Partage Elisabeth DIOUF, vingt deux (22) hôpitaux, dont deux non fonctionnels ainsi que neuf cent trente six (936) postes de santé, dont 15 non fonctionnels.

Les ratios par rapport à la population sont ainsi de :

- 1 hôpital pour 505 172 habitants ;
- 1 CS pour 165 878 habitants ;
- 1 poste de santé pour 11 874 habitants.
- Les normes OMS sont de :
  - 1 hôpital pour 150 000 habitants,
  - 1CS pour 50.000 habitants,
  - 1 poste de santé pour 10000 habitants

  Les objectifs du PDIS étaient de :
  - 1 CS pour 150.000 habitants,
  - 1 hôpital par région,
  - 1 PS pour 10000 habitants.

En ce qui concerne les postes, on relève (plus de 13 000 hbts/ poste de santé).Concernant les centres de santé, ceux des régions de Kaolack, Kolda et Diourbel sont les plus éloignées des normes.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau1: Distribution des infrastructures selon la région en 2005

Régions	Postes de santé	Ratio population par PS	Centres de santé	Ratio population par CS	Hôpitaux	Ratio population par hôpital
Dakar	115	20415	17	138104	8	293 472
Diourbel	70	16735	4	292866	2	585 732
Fatick	80	8618	6	114901	1	689 404
Kaolack	94	11912	5	223943	1	1 119 714
Kolda	90	10735	4	241539	1	966 155
Louga	75	9758	5	146376	1	731 882
Matam	58	8266	3	159616	1	479 448
St-louis	53	16406	4	217382	2	434 765
Tambacounda	92	7239	6	111002	2	333 005
Thiès	120	13461	9	179486	2	807 686
Ziguinchor	80	5713	4	114260	1	457 038
Total	**936**	**11874**	**67**	**165878**	**22**	**505 172**

SOURCE : ANNUAIRE STATISTIQUE 2005/ MSPM/SNIS

CESAG - BIBLIOTHEQUE

3. Ressources financières [23]

a. Budget de l'Etat

Pour l'année 2005, la Santé a bénéficié d'un budget de 46 938 035 000 FCFA, dont 19 754 398 000 FCFA au titre du personnel, 12 147 499 000 FCFA au titre du fonctionnement, et 15 036 138 000 FCFA au titre des transferts (FDD et BFnD), soit respectivement, 42%, 26% et 32% du budget.

b. Participation des populations

✓ **Les recettes**

Les recettes provenant de la participation des populations dans les districts sanitaires s'élèvent en 2005 à 3.927.741.669 FCFA.

Ces recettes des districts proviennent principalement de la vente des médicaments (61%) et, dans une moindre mesure, des tickets de consultations (11%).

On note que les recettes de l'hôtellerie de l'hospitalisation ne représentent que 1% car les informations collectées ne concernent que les postes de santé et les centres de santés qui prennent essentiellement en charge les affections aigues.

Les autres recettes représentant 20% proviennent des versements bancaires, des fonds de dotations, de certains examens de laboratoires et des caisses de solidarité, entre autre.

- ✓ **Les Dépenses Exécutées**

Les dépenses exécutées au niveau des régions s'élèvent à 3 149 308 381 F CFA pour les districts.

Plus de 60% de ces dépenses concernent l'achat de médicaments pour les districts de Kaolack, Kolda et St Louis. La part réservée aux dépenses pour le personnel dépasse les 30% pour les régions de Diourbel et de Matam.

Suivant la moyenne nationale, la part des investissements sur la participation des populations est de 7% ; les dépenses de fonctionnement représentent 6%, alors que les médicaments et le personnel représentent respectivement 54% et 19% des dépenses.

En dehors de Dakar et Kolda, la quasi-totalité des recettes issues de la participation des populations est dépensée.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

4. Ressources humaines [23]

L'effectif du personnel contenu dans le fichier de la division du personnel s'élève à cinq mille quatre cent soixante deux (5462) agents. Le personnel se présente comme suit : 16% infirmiers d'Etat, 14% médecins et 10% sages-femmes d'Etat. Toutefois, le nombre important d'agents (soit 38% du personnel) sans formation de base structurée. Il existe une forte concentration de médecins à Dakar. Les sages-femmes aussi sont plus représentées à Dakar mais à Thiès également. Par contre, les infirmiers sont bien représentés partout.

CHAPITRE III: ETAT DES CONNAISSANCES

La littérature décrivant l'analyse du financement des activités de soins des PS et CS et en Afrique Subsaharienne voire au Sénégal est rare.

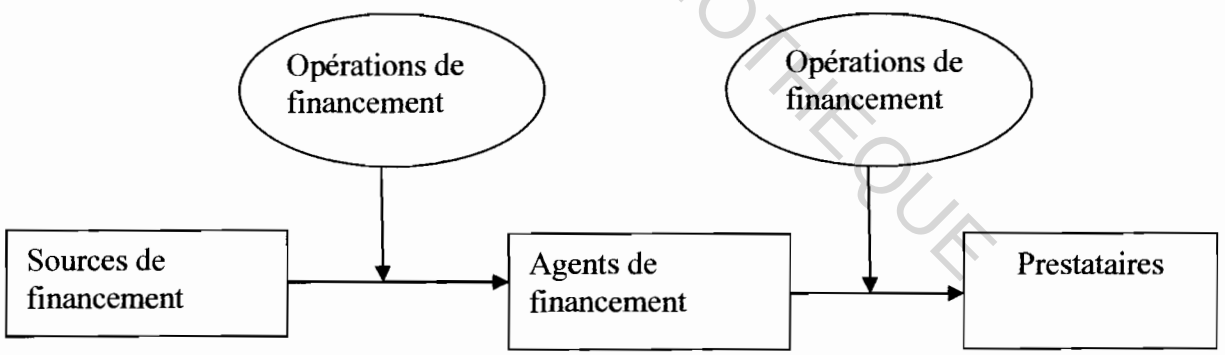
Mais avant de passer en revue ces études se rapportant au financement de la santé précisons d'abord, ce qu'on entend par Financement et Dispositif de Financement.

Par la notion de financement, on entend décrire la façon dont les prestataires de soins ont obtenu l'ensemble des ressources qu'ils ont mobilisées pour fournir leurs prestations à la population. Le financement ne vise pas seulement l'apport de ressources financières, mais aussi l'apport de ressources réelles (en nature) **(19)**. Ainsi, pour réaliser leurs activités, les pourvoyeurs de soins mobilisent des ressources humaines et matérielles (travail, produits et équipements).Ils obtiennent ces ressources réelles de différentes façons.

Le dispositif de financement d'une structure se compose principalement des sources de financement, les agents de financement, les prestataires de soins, et les opérations de financement. Le mécanisme d'acquisition des ressources est illustré par le schéma suivant :

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Schéma 1 : Dispositif de financement



Selon EDS 2005 MINISTERE DE LA SANTE **(27)**; le budget du Ministère de la santé qui représente 6 % du budget de l'Etat est en hausse régulière depuis 1990 avec une augmentation de 0,5 point par an en vue d'atteindre la recommandation de l'OMS selon laquelle 9 % du budget national doit être allouée à la santé. Les dépenses publiques de santé représentent 2,6 % du PIB, soit 12 dollars US par an et par habitant (rapport PNUD 2000). Le système public de santé est financé par quatre différentes sources:

- Le budget de l'Etat
- Les collectivités locales

- La contribution financière directe des utilisateurs (comités de santé)
- L'aide extérieure.

L'ANNUAIRE STATISTIQUE DE LA SANTE 2005 au Sénégal **(23)** a mis en évidence la répartition du budget de l'état alloué à la santé comme suit : 42% au titre du personnel, 26% pour assurer les autres charges de fonctionnement et 32% au titre des transferts. Aussi ce document révèle que les recettes provenant de la participation des populations dans les districts sanitaires s'élèvent en 2005 à 3.927.741.669 FCFA. Cette catégorie de participation pourrait représenter près de la moitié des dépenses de soins de santé dans les pays en voie de développement (avec des variations régionales importantes) FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE DANS LES PAYS DU SUD **(41)**.

De même au Sénégal selon la moyenne nationale, la part des investissements sur la participation des populations est de 7% ; les dépenses de fonctionnement représentent 6%, alors que les médicaments et le personnel représentent respectivement 54% et 19% des dépenses.

Les résultats montrent que les recettes des districts proviennent principalement de la vente des médicaments (61%) et, dans une moindre mesure, des tickets de consultations (11%). On note que les recettes d'hospitalisation ne représentent que 1% car les informations collectées ne concernent que les postes de santé et les centres de santés qui prennent essentiellement en charge les affections aigues.

Selon une étude DES QUESTIONS SUR LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE EN AFRIQUE **(42)**, les buts primordiaux du recouvrement des coûts des soins de santé dans une perspective de durabilité financière sont de :

- Contribuer à combler l'écart entres les ressources de l'Etat et les montants qu'il faudrait pour maintenir ou améliorer les services ;
- Etablir un principe de partage des couts ou le gouvernement national continue de payer les salaires des agents de santé et les coûts des infrastructures fixes, tandis que les utilisateurs du système de soins de santé prennent en charge au moins une partie des médicaments et des services qu'ils reçoivent directement ;
- Assurer dans le long terme la pérennité financière des services de santé en devenant moins tributaires de l'assistance des donateurs extérieurs.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Ces études montrent que la perception des recettes par le paiement des usagers a été la pierre angulaire des reformes de financement en Afrique. Ce volume a par ailleurs montré que les prestataires de santé à but non lucratif prospèrent dans certains pays avec peu, voire même aucune assistance de l'Etat. Ils reçoivent d'importantes subventions financières de l'Etat dans d'autres pays, alors qu'ailleurs des obstacles juridiques, politiques ou autres entravent leurs opérations. De même cet ouvrage fait état d'obstacles qui expliquent la performance médiocre du système en Afrique Subsaharienne qui sont entre autres une répartition inéquitable des ressources entre régions urbaines et rurale, et entre les populations défavorisées et celles qui sont plus fortunées ; et des dépenses de santé élevées malgré l'existence de système ''gratuits''.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

THOMAS J. BOSSERT et JOEL BEAUVAIS **(43)** ont fait des études sur les dépenses de santé des districts sanitaires de certains pays comme le GHANA, la ZAMBIE, l'OUGANDA et les PHILIPINES car ces pays sont à un stade avancé de la décentralisation de la santé.

Ces études ont mis en évidence les sources de financement des districts des collectivités locales et les différentes dépenses de santé effectuées.

Au Ghana, les ressources financières des districts sanitaires proviennent essentiellement des fonds alloués par le ministère de la santé (19% des dépenses totales du ministère de la santé), de la vente des médicaments et du paiement direct des actes par les patients.

En Zambie, la part des ressources allouées aux soins primaires par l'Etat a connu une hausse passant de 29,9% à 47,7% de 1996 à 1997.De même, les districts sanitaires reçoivent 18% des taxes communales des collectivités locales. La participation des donateurs étrangers occupe près de 30% du budget total des districts sanitaires.

Aux Philippines, il y'a un vaste programme de décentralisation de la santé qui dévolue des fonctions importantes aux collectivités locales. Ainsi, les dépenses de santé des collectivités locales dans les districts ont connu une hausse. Cette augmentation était liée en grande partie aux salaires du personnel dans les formations sanitaires qui étaient pris en charge par les collectivités locales (70% de leur budget). La part réservée aux autres dépenses comme les produits pharmaceutiques, la maintenance, sont par contre faibles (10%).

CHAPITRE IV : CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE

I. DISTRICT SANITAIRE DE KEDOUGOU

a) Localisation

Le Centre de Santé Kédougou et les Postes de Santé de Banafassi et de Dalaba sont des structures appartenant au District de Kédougou dans la Région Sanitaire de Tambacounda. Le CS de référence du District de type II et le PS de Dalaba sont situés respectivement au centre et à la périphérie de la ville de Kédougou. Le Poste de Santé de Banafassi est situé à dans la communauté rurale de Banafassi.

b) Démographie du district de Kédougou

Le district couvre une superficie de 16 856 Km^2 pour une population estimée à 51 835 habitants en 2007 et une densité de 7 habits/ Km^2. Il y a lieu d'ajouter les populations frontalières des pays limitrophes que sont la Guinée Conakry et le Mali. Le Poste de Santé de Banafassi a une population cible estimé en 2005 à 13 214 habitants.

c) Economie

Les principales activités économiques sont l'agriculture, l'élevage, l'exploitation de l'or, la pêche saisonnière, le commerce informel. Kédougou est dans une zone semi urbaine défavorisée, dans la région isolée du sud-est du Sénégal. Avec un réseau routier non revêtu et impraticable notamment en hivernage ralentissant ainsi les activités économiques.

d) Production et état du personnel des FS étudiées à Kédougou (2005)

Tableau 2 : production du centre de santé Kédougou

Production 2005	***Centre de santé de Kédougou***
Consultations Médecins	580
Consultations Infirmiers /Sages femmes	13768
Hospitalisations	562
Accouchements	882
Césariennes	36
CPN/Consultations post natales	3062
VAT	4307
PEV	5083
PF	2934
Consultations dentistes	3503
Chirurgies dentaires	1897
Nombre d'échographies	537
Nb d'examen de laboratoire	3931

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 3 : Effectif du personnel du centre de santé Kédougou

Effectif du personnel	***Centre de santé de Kédougou***
Personnel médical	2
Personnel paramédical et technique	13
Personnel de soutien	14
Personnel Administratif	12
TOTAL	**41**

Tableau 4 : Production des postes de santé de Dalaba et de Banafassi

Production 2005	***Poste de santé de Dalaba***	***Poste de santé de Banafassi***
Consultations	831	2144
Accouchements Vus	0	53
Accouchements Assistés	0	35
CPN	84	544
PF	58	593
PEV	0	3320
VAT	59	489
MEO	0	11

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 5 : Effectif du personnel des postes de santé de Dalaba et de Banafassi

Effectif du personnel	***Poste de santé de Dalaba***	***Poste de santé de Banafassi***
ICP	1	1
ASC	3	2
Matrones	0	3
TOTAL	**4**	**6**

II. La polyclinique communautaire de Golf Sud

La Polyclinique de Golf Sud a été crée en décembre 2004, sa création ressortait de la volonté du Ministère de la santé du Sénégal, en partenariat avec la coopération française de proposer à titre expérimental, une structure sanitaire calquée sur le modèle des formations de santé urbaine communautaire (FSU-COM) de la Côte d'Ivoire et des CSCOM du Mali dont les performances se sont avérées meilleures en termes :

- ❖ d'accessibilité à toutes les couches de la population aux soins de santé à travers des tarifs sociaux, d'une part ;
- ❖ de la disponibilité d'un plateau technique (équipement et ressources humaines) très relevé et devant conférer des prestations de qualité, d'autre part.

L'organisation non gouvernementale Action et Développement (Ac Dev) a élaboré et mis en œuvre le projet de la polyclinique de Golf Sud gérée par les usagers.et situé à Dakar dans la commune d'arrondissement de Golf SUD du département de Guediawaye.

Le projet vise à l'amélioration de la situation sanitaire des populations de Parcelles Assainies et environs.

- Structure privée à but non lucratif ;
- Gérée par une association d'usagers
- L'accent est mis sur la qualité des soins et l'accessibilité financière
- Une autonomie financière de par les recettes propres et une aide apportée par la commune pour la disponibilité des locaux
- Intégration dans le système de soins du pays (supervision par le district sanitaire).

La polyclinique est administrée par un conseil d'administration composé de dix personnes, issu de l'assemblée générale des membres qui sont les habitants des quartiers composant la commune de Golf sud.

La formation sanitaire compte un dispensaire et une maternité et une partie administrative.

Les tableaux suivants présentent la production et l'effectif du personnel de la polyclinique communautaire de Golf Sud de l'année 2005.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 6 : production de la Polyclinique de Golf Sud

Production 2005	***Polyclinique de Golf Sud***
Consultations Médecins	5429
Consultations Infirmiers /Sages femmes	483
Hospitalisations	0
Accouchements	0
Césariennes	0
CPN/Consultations post natales	215
VAT	135
PEV	124
PF	127
Consultations dentistes	2163
Chirurgies dentaires	1379
Nombre d'échographies	0
Nb d'examen de laboratoire	0

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 7 : Effectif du personnel de la Polyclinique de Golf Sud

Effectif du personnel 2005	***Polyclinique de Golf Sud***
Personnel médical	2
Personnel paramédical et technique	5
Personnel de soutien	3
Personnel Administratif	4
TOTAL	**14**

CHAPITRE V : METHODOLOGIE

I. PLANIFICATION OPERATIONNELLE DE L'ETUDE

A. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique. Le travail de terrain s'est déroulé du 19/09/07 au 19/10/07 dans le cadre d'une mission organisée par la CAFSP du MSP dans les Districts sanitaires de Richard Toll et Vélingara, Kédougou et la Polyclinique de Golf sud. Les données recueillies portent sur l'année 2005.

B. LES VARIABLES A L'ETUDE

1. Les variables concernant les sources de financement :
   - ✓ L'Etat
   - ✓ Les collectivités locales
   - ✓ Les comités de santé
   - ✓ Les partenaires extérieurs
   - ✓ Les autres sources de financement
2. Les variables concernant les dépenses de soins de santé :
   - ✓ Le personnel
   - ✓ Le médicament
   - ✓ Les autres dépenses de fonctionnement (Eau, Electricité, Carburant…)
3. Les variables concernant la gestion des médicaments essentiels :
   - ✓ Le prix de cession du médicament
   - ✓ Le taux de marque
4. Les variables concernant la productivité :
   - ✓ Le volume de production
   - ✓ Le facteur travail
   - ✓ La productivité

C. CHOIX DES CENTRES DE SANTE ET DES POSTES DE SANTE

Notre échantillon d'analyse est tiré d'une étude dont nous avons participé à la réalisation sur << la viabilité financière et économique des Postes de Santé et Centres de Santé à Kédougou, Vélingara et Richard Toll et de la Polyclinique communautaire de Golf Sud à Guédiawaye>> pour le compte de la CAFSP.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Ainsi, de façon à caractériser et à comparer les financements reçus et les sources de financements qui en découlent, nous choisissons deux catégories de centres de santé : un centre de santé public et un centre de santé privé (communautaire) sans but lucratif. Le choix des Postes de santé a été fait avec l'avis soit du Médecin Chef de District soit du Superviseur des soins de santé Primaire. Le choix a été orienté d'une part par la situation géographique (Poste de santé rural ou Poste de santé Urbain) et d'autre part par l'importance de la population couverte.

Afin de tester l'impact du contexte économique sur les centres et postes de santé, nous avons choisi en zone pauvre, un centre de santé public et deux postes de santé tandis qu'en zone favorisée, un centre de santé communautaire a été sélectionné.

L'enquête s'est déroulée dans les formations sanitaires décrites dans le tableau suivant :

Tableau 8 : Les formations sanitaires étudiées

	Kédougou	**Guédiawaye**
Centres de santé	CS Kédougou	Polyclinique Communautaire
Postes de santé	1. PS Banafassi 2. PS Dalaba	
Total	**3**	**1**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Ce sont donc 4 structures sanitaires qui ont été étudiées dans cette recherche. La Polyclinique est de niveau I (Centre de santé sans bloc opératoire), par contre le Centre de Santé de Kédougou est du Niveau II (Centres de Santé avec bloc opératoire).

D. METHODES ET OUTILS DE L'ENQUETE DE TERRAIN

1. Analyse du dispositif de financement

- ✓ Les sources de financement; agents de financement ; modalités de financement.
- ✓ Mode d'utilisation des ressources (Comment les dépenses de soins de santé sont elles ventilées au niveau de ces formations sanitaires ?)

Cette analyse a été réalisée à partir des données recueillies au niveau de :

- ✓ Ministères de la santé et de la prévention médicale (La DAGE ; la DRH…) par :
  - La consultation des documents financiers
  - La consultation des rapports d'activités (issus des supervisions)
  - L'entretien avec les responsables du ministère de la santé en fonction de nos besoins.
- ✓ Les collectivités locales :
  - L'entretien avec les responsables des collectivités locales
  - La consultation de documents financiers
- ✓ Les prestataires
  - La consultation des documents financiers des comités de santé
  - Un entretien avec les responsables des comités de santé selon un guide d'entretien qui mêle des éléments qualitatifs et quantitatifs
  - Un entretien avec le gestionnaire du dépôt de médicaments
  - Un entretien et une consultation des documents du Gestionnaire du Crédit Etatique

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2. Analyse économique des structures de santé (Nombre d'emplois créés par la formation sanitaire, la qualité, la rémunération)

- ✓ Un entretien avec le comité de santé
- ✓ La consultation de documents financiers et de gestion des ressources humaines

3. Analyse de la productivité des formations sanitaires

- ✓ La consultation des rapports d'activités : le registre des malades ; rapport trimestriel de monitoring
- ✓ Entretien avec les praticiens

4. Analyse du panier de médicaments

Le choix du panier de médicaments a été guidé par la fréquence d'utilisation de certains groupes thérapeutiques. Nous avons retenus les 16 premiers médicaments les plus utilisés dans les centres et postes de santé. Ces produits pharmaceutiques ont été identifiés lors d'une étude menée par le Ministère de la santé du Sénégal/CAFSP lors de la mission de contrôle du respect des marges bénéficiaires des médicaments. Le calcul des marges bénéficiaires, et du coefficient multiplicateur s'est fait à partir de la collecte des prix pratiqués auprès :

- des gestionnaires du dépôt de district pour les pharmacies de district ;
- des dépositaires de médicaments pour les centres de santé et postes de santé ;
- les factures d'achat auprès des PRA ou des districts.

Cette méthode a permis de s'assurer que les prix indiqués étaient bien les prix appliqués aux clients : formations sanitaires ou patients finaux.

E. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Des clés de répartition ont été utilisées pour évaluer les données financières qui n'étaient pas spécifiques à une formation sanitaire donnée. Ces clés de répartition ont été déduites d'une étude réalisée au ministère.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

1. FDD

En ce qui concerne l'exécution du FDD,

✓ les centres de santé reçoivent 60% du financement de l'électricité et de l'eau et 26% de la dotation en médicaments.

✓ les postes de santé, bénéficient chacun de 3% de la dotation en médicament et 10% de celle de l'électricité et de l'eau.

✓ Les autres lignes budgétaires exécutées ont été attribuées au centre de santé.

2. BFnD

L'ensemble de ce financement Etatique a été attribué au centre de santé.

3. Financement sur fonds propres de la collectivité locale

✓ Le centre de santé public reçoit 50% des dépenses en eau et électricité

✓ 20% du financement de l'eau et électricité est attribué au Poste de santé urbain.

Les autres lignes budgétaires sont exécutées au profit du centre de santé en dehors du financement des dépenses liées aux salaires.

4. Financement des bailleurs et programmes de santé Publique

Les partenaires extérieurs tels que la Coopération Française au Sénégal, Médecin du monde, Fond GAVI, Barcelona 2002, l'OMS, l'UNICEF ont été retrouvés. Les centres de

santé reçoivent 80% du financement des bailleurs comme dépenses de fonctionnement. Les 20% restant sont répartis entre les postes de santé des District.

5. La productivité des formations sanitaires

La productivité d'un facteur de production est le rapport entre le volume de la production et la quantité d'un facteur de production qui a été nécessaire pour cette production pendant une période donnée. La production ne peut certes pas être imputée à un facteur particulier, puisqu'elle résulte de la combinaison de facteurs de production (travail, intrants, outils). Cependant, on peut rapporter le volume de la production à certains facteurs jugés particulièrement important (matériel lourd, personnel). Ainsi, les indicateurs de productivité le plus souvent utilisés sont ceux qui concernent la productivité du travail.

La mesure de la productivité du travail repose d'une part sur la mesure du volume de la production et d'autre part sur l'estimation du temps qui a été nécessaire à cette production.
La comparaison de la performance des formations sanitaires nécessite l'identification d'une unité de base commune. Ainsi, la conversion du volume d'activités des structures étudiées en unité équivalente s'est faite d'abord par la détermination d'un acte de référence. Cet acte de référence a été choisi par le biais du tarif moyen de tous les actes du centre de santé (2 651f cfa) qui est proche de celui de la NFS (2 512f fca). L'on pose qu'un examen NFS correspond à 100 unités équivalentes. Tous les actes sont ramenés en équivalent NFS. Cette pondération s'effectue à partir du tarif de chaque acte ramené en proportion de celui de la NFS. La sommation de toutes les unités équivalentes des différents actes de la formation sanitaire permet d'obtenir la production globale de la dite structure. L'évaluation du facteur de travail est basée sur le salaire moyen pratiqué au niveau du centre de santé Gaya 2 de Richard Toll (1 035 000f cfa). Ce salaire moyen est très proche de celui de l'Agent de Santé (1 216 000f cfa), par conséquent, l'agent de santé a été choisi comme personnel de référence. L'ensemble des facteurs de production est donc converti en équivalent Agent de santé en fonction des niveaux de traitement. Ainsi, pour un même niveau de salaire, l'on attribuait le coefficient déterminé au niveau du centre de santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

EXEMPLE

Considérons une structure sanitaire X ayant produit au cours d'une période **t** des soins comme l'indique le tableau suivant :

Actes	**Tarif FCFA**	**Nombre**
Consultations	600	150
Césariennes	1000	15
Vaccinations	100	300

Le personnel du prestataire est reparti comme suit :

Catégories	**Salaires (période t) FCFA**	**effectif**
Médecins	2 400 000	1
infirmiers	1 200 000	3
ASC	300 000	4

CESAG - BIBLIOTHEQUE

1. **Calcule de la production Px**

Considérons que 1 NFS = 200 f

1 NFS = 100 UE

1 consultation = 600/200 = 3 NFS= 300 UE*

Actes	**Tarif**	**Nombre**	**UE en NFS**	**Px en UE**
Consultation	500	150	300	45000
Césarienne	1000	15	500	7500
Vaccination	100	300	50	15000
Total				**67500**

UE* : unité équivalente en NFS

Le prestataire X a donc produit **67500 UE**

2. **Calcul du facteur de production en équivalent agent de santé**

1 AS = 600 000

1 AS = 1 UE

1 Médecin = 2 400 000/ 600 000 = 4 AS = UE

Actes	Salaire	effectifs	UE en AS	Facteurs de pdt en UE
Médecins	2 400 000	1	4	4
infirmiers	1 200 000	3	6	6
ASC	300 000	4	2	2
Total				**12**

Le facteur de production de la structure de soins X est estimé à 15 UE

3. Calcul de la productivité du prestataire X

Productivité = 67 500 / 12

= 5625 UE

La productivité de la structure sanitaire X est de 4 500 Unités équivalentes

CESAG BIBLIOTHEQUE

II. LIMITE DE LA METHODOLOGIE

Une clé de répartition a été utilisée pour la répartition du financement des Districts à cause de l'absence de documents financiers permettant d'établir la traçabilité des dépenses de santé par formation sanitaire. La productivité des structures sanitaires est sous estimée à cause de quelques insuffisances observées dans le système d'archivage de toutes les données. Le calcul de la productivité nécessite au préalable une étude des coûts des différents actes et du temps consacré pour la réalisation de cet acte. En absence de ce type de données, le tarif pratiqué dans le public a été utilisé bien qu'ils ne reflète pas la réalité des coûts des prestations. Le terme points ISA (Indice Synthétique d'Activités) a donc été remplacé par une unité équivalente.

L'établissement des comptes d'exploitation des structures a été inspiré de la démarche des comptes du SYSCOA mais nous avons rencontré des difficultés quant à l'apparentement des rubriques des rapports financiers des CS et PS a celles du SYSCOA.

L'amortissement du matériel au niveau des charges de fonctionnement des structures publiques n'a pas été pris en compte, constituant ainsi une limite importante de notre méthodologie.

CHAPITRE I : PRESENTATION DES RESULTATS

I. DISPOSITIF DE FINANCEMENT

L'analyse du dispositif de financement des structures de production de soins étudiées au Sénégal nous montre les résultats suivants :

A. LES SOURCES DE FINANCEMENT DU CENTRE DE SANTE DE KEDOUGOU ET DE LA POLYCLINIQUE DE GOLF SUD

Les structures sanitaires de premier contact dans leur mission de production de services publics à la population du district sanitaire reçoivent des ressources tant financières, matérielles que humaines provenant de diverses sources dont les principales sont :

- ✓ l'Etat du Sénégal,
- ✓ la collectivité locale (Mairie des communes)
- ✓ les partenaires au développement
- ✓ Le comité santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

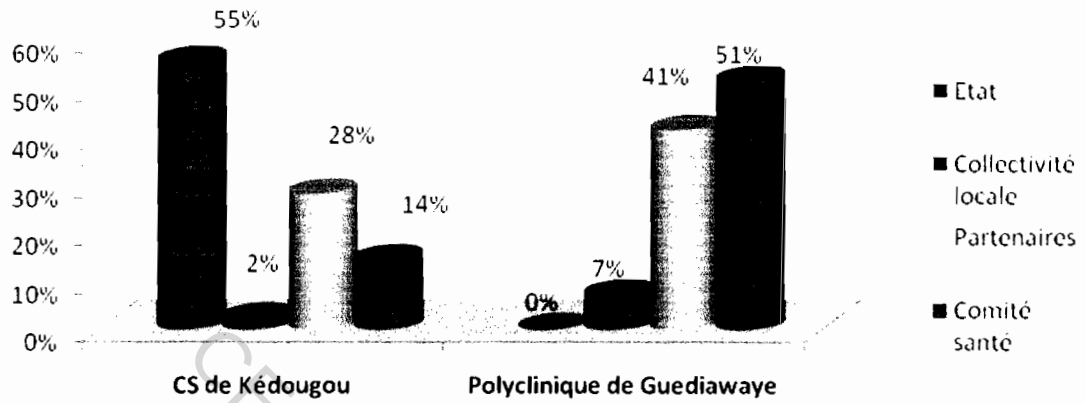
Tableau 9: Répartition du financement par source de financement en FCFA

	Etat	Collectivité locale	Partenaires	Comité santé	Total
CS de Kédougou	104 484 227	3 920 624	52 940 989	27 002 017	**188 347 857**
Polyclinique de Guédiawaye	-	3 000 000	17 480 000	21 739 510	**42 219 510**

SOURCE : RAPPORTS FINANCIERS DES STRUCTURES SANITAIRES EN 2005

Le graphique suivant met en évidence les sources de financement des Centres de Santé. Le financement du Centre de Santé public de Kédougou est plus élevé que celui du privé sans but lucratif (niveau I).

Graphique1 : Proportions du financement en fonction des sources



CESAG - BIBLIOTHEQUE

Ce graphique montre que le centre de santé de Kédougou a reçu des ressources provenant des principales sources de financement.

La polyclinique de Golf Sud reçoit sont financement essentiellement du recouvrement des coûts (51%) par contre le financement étatique représente 55% des ressources reçues par le CS public. L'Etat constitue pour le Centre Santé public la plus importante source de financement alors qu'il est absent dans le financement de la polyclinique Communautaire. Ce financement se compose de l'affectation du personnel médical, de la dotation en médicaments, des fournitures et consommables retrouvés dans le FDD et le BFnD.

La participation propre de la mairie de Kédougou à l'effort de santé est très faible (2%) contrairement à celle reçu par la polyclinique (7%).

Les partenaires au développement ont un poids relativement important dans le dispositif de financement de la polyclinique et du CS soit 41% et 28% au financement total.

B. LES SOURCES DE FINANCEMENT DES POSTES DE SANTE

Le financement des postes de santé publics dans les Districts sanitaires de Kédougou est assuré principalement par l'Etat à travers les FDD et l'affectation de personnel, le

financement propre de la collectivité locale et les bénéficiaires des prestations de soins. Les bailleurs extérieurs sont faiblement représentés dans le processus de financement des charges de fonctionnement.

Le tableau suivant donne la répartition du financement des activités des postes de santé en fonction des sources de financement.

Tableau 10 : Répartition du financement des postes de santé par source en FCFA

	Etat	**Collectivité locale**	**Partenaires**	**Comité santé**	**TOTAL**
PS de Banafassi	3 755 727	700 000	453 944	3 689 511	**8 599 182**
PS de Dalaba	2 879 324	-	-	822 995	**3 702 319**

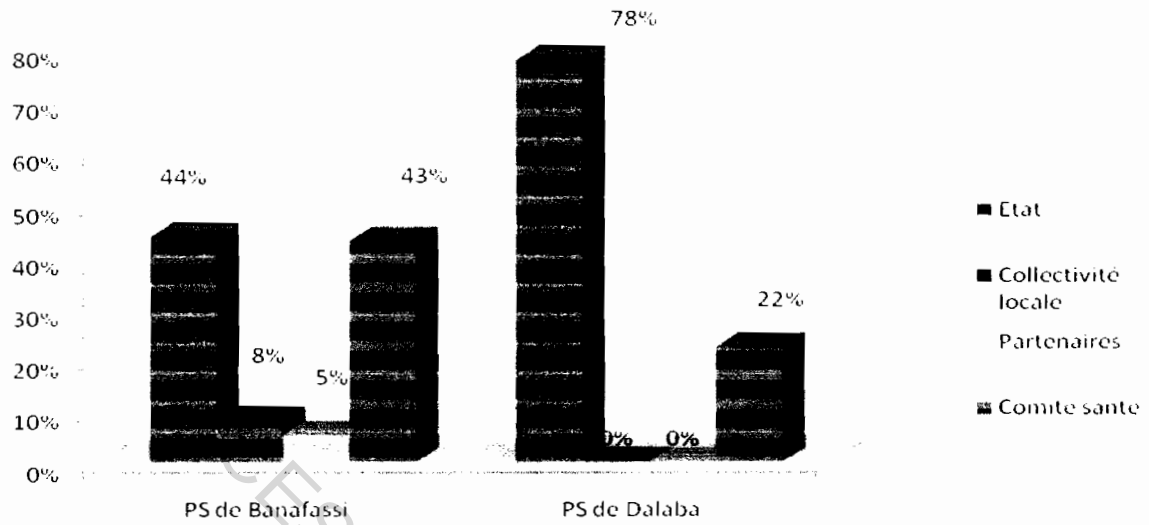
SOURCE : EXPLOITATION DES RAPPORTS FINANCIERS DES STRUCTURES SANITAIRES EN 2005

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Le graphique suivant qui place les postes de santé les uns par rapport aux autres en fonction des sources de financement montre une disparité dans le financement total reçu par les deux Postes de santé du même district. Le fonctionnement du Poste de santé de Banafassi aurait nécessité 2 fois plus de ressources que celui de Dalaba. Le poste urbain de Dalaba a eu un fonctionnement partiel sur la période de 2005. Cette situation était due à l'absence de l'ICP pour des problèmes de santé.

Aussi, les collectivités locales ainsi que les partenaires sont quasi absents dans le financement de ces formations sanitaires. En effet, le poste urbain de Dalaba a reçu le financement principalement de l'Etat estimé à 78% des charges totales et du comité santé pour 22% des contributions. Aussi, nous n'avons pas notifié de contribution de la Mairie de Kédougou et de partenaires quelconque pour cette formation sanitaire.

Graphique 2 : Sources de Financement de chaque poste de santé

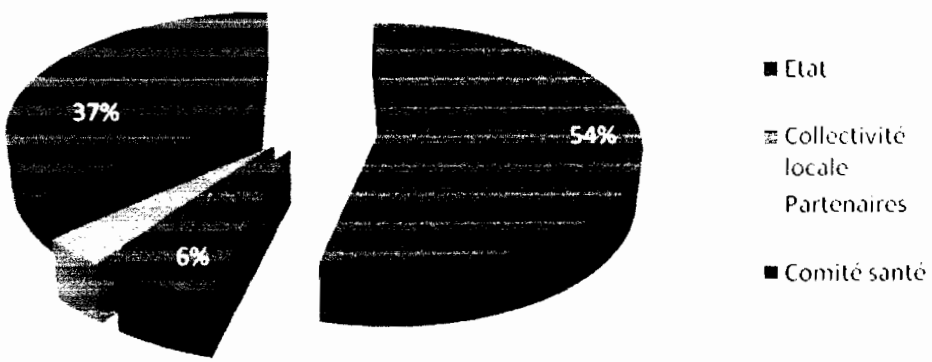


UESAG - BIBLIOTHEQUE

Le financement issu des partenaires au développement et ONGs pour le Poste de santé de Banafassi est la plus importante comparativement à celui de Dalaba. L'Etat et le comité santé représentent pour les deux postes étudiés les plus importantes sources d'apport de ressources avec respectivement 78% et 22% pour la structure de Dalaba et 43% et 42% pour celle de Banafassi.

Le graphique suivant montre la part moyenne des sources de financement au niveau des postes de santé.

Graphique 3 : Répartition du financement de l'ensemble des postes de santé par source



Ce graphique confirme bien que dans le processus de financement des postes de santé, l'Etat demeure la principale source de financement suivi de la participation communautaire des postes de santé (54% et 37% en moyenne). Par opposition, les collectivités locales sont faiblement représentées c'est-à-dire 6% ainsi que les partenaires (4%).

En effet ce sont 50% des Postes de Santé qui ont effectivement reçu le financement des élus locaux. Les partenaires au Développement ont intervenu au niveau du poste de Banafassi dans le cadre des activités de prévention.

C. LES OPERATIONS DE FINANCEMENT (MODALITES DE FINANCEMENT) DES FS

Il ressort que les Centres Santé et Postes Santé étudiés reçoivent les ressources pour leur fonctionnement par différentes opérations de financement souvent appelés modalités de financement que sont :

- ✓ **Le paiement direct à l'acte**

Il concerne les ménages. Dans le cas où il intervient un intermédiaire tel que les mutuelles de santé (agent de financement), l'on parlera de prépaiement et tiers payant.

Les Formations Sanitaires produisent des services publics non marchands mais perçoivent une contribution des bénéficiaires par des opérations directes de paiement ou à partir des primes versées aux micro assurances de santé. Ce dernier cas a été retrouvé à la polyclinique de Golf Sud et au Centre de Santé de Kédougou.

- ✓ **Les subventions en nature ou les transferts:**

L'Etat, dans sa politique de décentralisation du système de santé, confie aux populations la gestion de leurs structures sanitaires et intervient dans le processus de financement en octroyant les FDD et les BFnD au centre de santé par le biais d'agents de financement tel que de la collectivité locale.

- o **Les FDD**

Le Centre de Santé public et le Postes de Santé à l'exception du Postes de Santé de Dalaba ont reçu une dotation annuelle en médicaments et d'autres biens de production en nature à partir du fond de dotation de la décentralisation.

Notons que pour l'ensemble des Formations Sanitaires, ces fonds n'ont été disponibles qu'à partir du mois d'Aout pour l'année 2005. La répartition de ces fonds émane du Médecin Chef de District, cependant aucune clé d'allocation entre le Centre de Santé et les Postes de Santé n'existe.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

- **Le BFnD**

Ce financement est viré en deux phases et est disponible sur un compte du trésor public à partir du mois de janvier et de juillet et géré par le Médecin chef. Ces fonds qui s'avèrent insuffisants sont consacrés exclusivement aux charges du comité de district et du Centre de Santé de Kédougou.

- **L'affectation de personnel**

A l'exception de la polyclinique de Golf Sud, le Centre de Santé et les Postes de Santé étudiés dans le district sanitaire ont reçu de l'état ou de la mairie une affectation de personnel.

✓ **Les subventions en espèces**

- La polyclinique de Golf Sud a reçu en espèce une subvention d'exploitation de la part de la coopération Française en 2005.

✓ **Les dons et subvention divers**

Les partenaires tels que FAD II BAD, FONDS GAVI , UNICEF apportent généralement un soutien matériel et financier à l'accomplissement des activités de la formation sanitaires notamment les activités de prévention, la planification des activités, le recyclage et la formation du personnel. Quant à la mairie de Guédiawaye, elle a appuyé la Polyclinique Communautaire par la prise en charge en 2005 du loyer.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

II. LES RESULTATS SUR LES CHARGES ET PRODUITS DES CENTRES DE SANTE

1. Les comptes d'exploitation des Centres de Santé

Voir comptes d'exploitation détaillé en ANNEXE

Tableau 11 : Compte d'exploitation synthétique des Centres de Santé

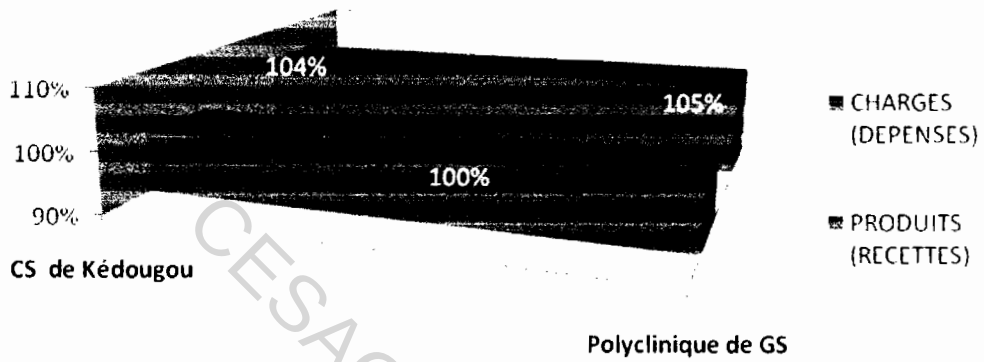
Charges (dépenses)	CS de Kédougou	Polyclinique de GS	Produits (recettes)	CS de Kédougou	Polyclinique de GS
60. Achats	43 753 000	9 196 382	70.Ventes	27 002 017	21 739 510
61.Transport	1 378 071	571 395	71.Sub/ Transferts personnel	45 635 351	17 180 000
			Sub/ Transferts fonctionnement	62 769 499	3 200 000
62. Services extérieurs A*	20 423 523	10 845 795	72.Dons	52 940 989	100 000
63. Services extérieurs B*	61 283 269	489 000			
66.Personnel	53 959 011	18 358 100			
67. Frais financiers		368 549			
68.Dotation amortissement		336 175			
Résultat/ Bénéfice	*7 550 982*	*2 054 114*			
TOTAL	**188 347 856**	**42 219 510**	*TOTAL*	**188 347 857**	**42 219 510**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

62. Services extérieurs A* : comprennent les charges relatives à la maintenance, l'entretien, la télécommunication, l'eau et l'électricité
63. Services extérieurs B* : sont les soutiens aux actions de santé, les Frais des activités d'IEC, la formation et le recyclage du personnel

A l'analyse des comptes d'exploitation des différentes structures, nous constatons que chaque formation sanitaire réalise un résultat positif pour l'exercice 2005.C'est-à-dire qu'il existe un équilibre entre l'ensemble des produits reçus et les charges de cette année liées à la mise en places des activités de SSP au niveau des centres de santé.

Graphique 4 : Proportion des charges couvertes par les produits des Centres de Santé.



Les taux de couverture des charges au regard des ressources perçues par le CS de Kédougou et la Polyclinique communautaire de GS sont respectivement de 104% et 105 %. En d'autres termes, toutes les charges enregistrées par les Centres Santé dans l'exercice de leur fonction de production des soins de santé ont été supportées de même, les structures sanitaires ont réalisé au cours de l'exploitation 2005 des excédents de 4% et 5% comme l'indique le graphique 4.

CESAG BIBLIOTHEQUE

2. Structures des charges de fonctionnement des centres de santé

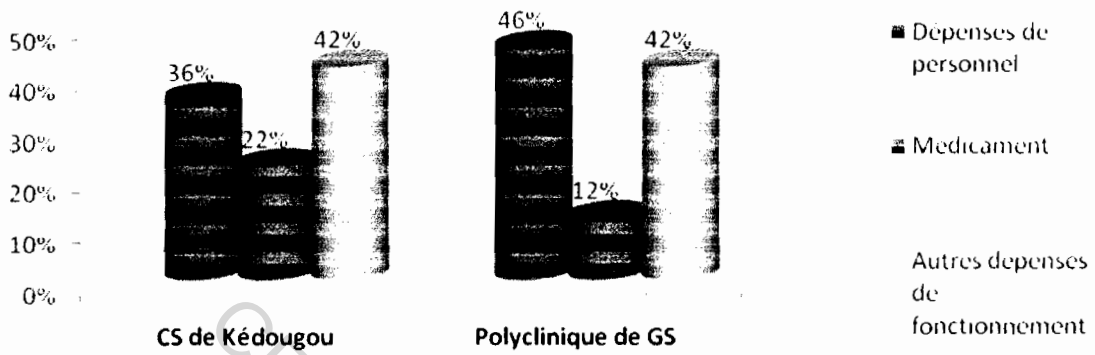
Les Formations Sanitaires étudiées dans l'exercice de leur fonction consomment des ressources. Celles-ci ont été réparties en trois grandes catégories de charges.

Tableau 12: structures des charges exécutées par Centres de Santé

	Dépenses de personnel	**Dépenses de Médicaments**	**Autres dépenses de fonctionnement**	**TOTAL**
CS de Kédougou	64 323 442	40 547 343	75 926 090	**180 796 875**
Polyclinique de GS	18 358 100	4 905 696	16 901 600	**40 165 396**

Le graphique suivant met en évidence les catégories de dépenses des Centres de santé.

Graphique 5 : Catégories de dépenses de fonctionnement des centres de santé



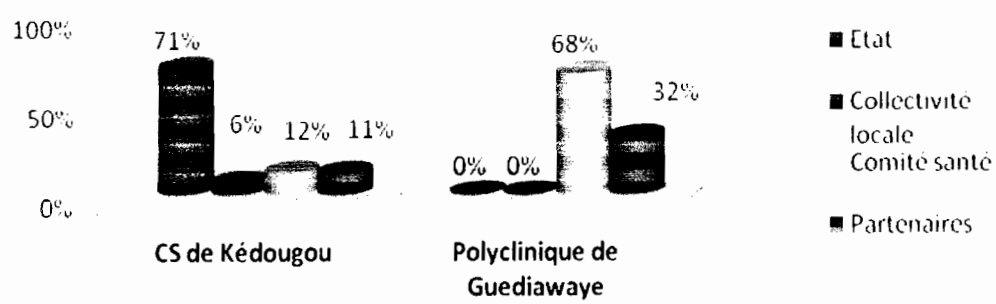
CESAG - BIBLIOTHEQUE

La structure des dépenses effectuées par le Centre de Santé de Kédougou et la Polyclinique sans but lucratif est variable selon les structures. La remarque est que pour le privé sans but lucratif les charges liées aux ressources humaines occupent une proportion plus élevée que les dépenses liées au médicament et aux autres charges de fonctionnement. En plus, cette structure a enregistrée en 2005 des charges en médicaments relativement faibles par rapport à celle du Centre de Santé public.

Par contre les résultats montrent que le centre de Santé de Kédougou, enregistre des charges du personnel inférieures aux autres charges récurrentes.

a) Le financement du personnel

Graphique 6 : Financement du Personnel des Centre de Santé par source



L'analyse du graphique précédent montre que l'Etat est la principale source de financement du personnel du Centre de Santé public de Kédougou.

Les comités de santé assurent une part importante de l'apport en ressources humaines notamment en personnels communautaires et souvent en motivation du personnel étatique.

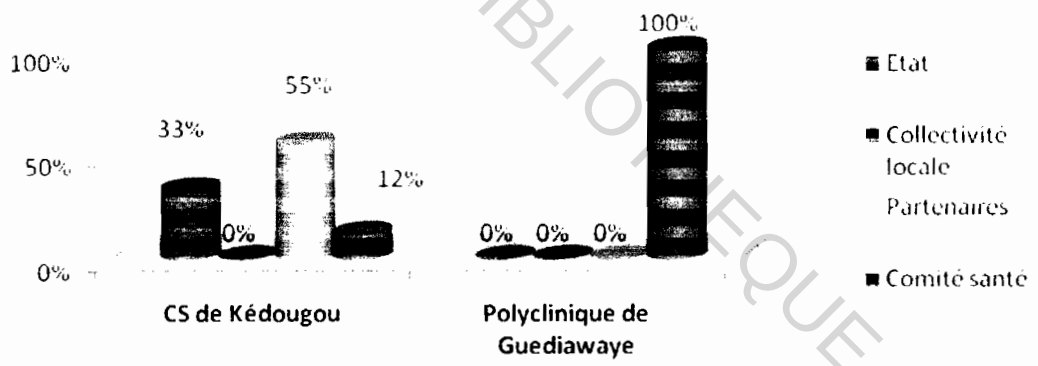
Depuis 2004 au démarrage des activités jusqu'au mois d'avril 2005, la coopération française a subventionné les salaires du personnel de la polyclinique de Golf Sud. La prise en charge du personnel pour le reste de l'exercice 2005 a été assurée par le comité de gestion de la structure à 68% des dépenses.

Les collectivités locales sont moins présentes dans ce financement, toutefois la Mairie de Kédougou en zone défavorisée, a affecté du personnel soignant et administratif soit 6% des charges pour le centre.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

b) Le financement du médicament dans les Centres de Santé

Graphique 7 : Financement du médicament des Centres de Santé par source

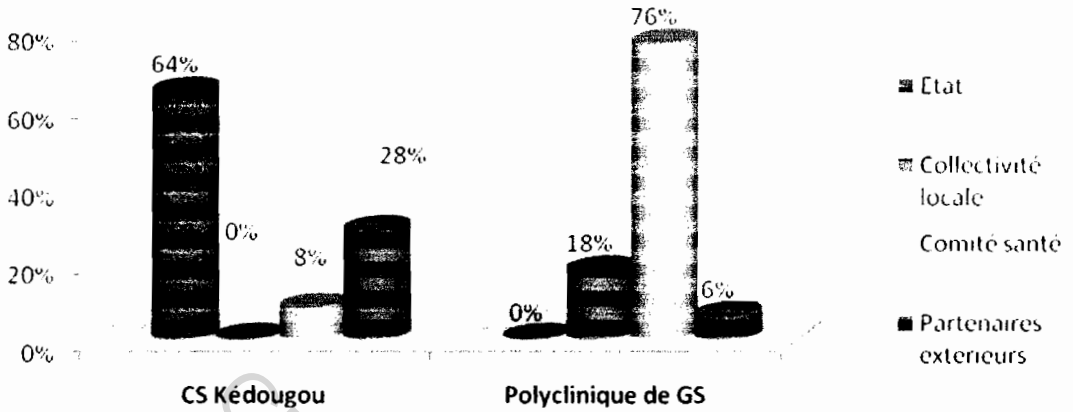


Le financement du médicament au profit du Centre de Santé public étudié est marqué par la présence de l'Etat, les partenaires et le comité santé. Mais il ressort que l'Etat accorde annuellement au CS de Kédougou un Fond de Dotation en médicaments et que les comités santé assurent le renouvellement du stock de médicaments, les partenaires soutiennent les activités de soins préventifs par l'octroie de produits pharmaceutiques tel que les vaccins notamment dans les zones défavorisées comme à Kédougou.

Nous remarquons que pour le privé Sans But Lucratif, la participation des usagers est la seule source de financement du médicament.

c) Le financement des autres charges de fonctionnement dans le Centre de Santé et de la Polyclinique communautaire de Golf Sud

Graphique 8 : Financement des autres charges de fonctionnement par source



CESAG - BIBLIOTHEQUE

Le financement des autres charges de fonctionnement pour la structure sanitaire publique de Kédougou incombe principalement à l'Etat Sénégalais (64%). Nous avons noté un coût élevé pour cette catégorie de dépenses (voir compte d'exploitation en Annexe).

Les partenaires au développement participent au financement des autres charges de fonctionnement, la Mairie de Guédiawaye a assuré les loyers du siège de la polyclinique en 2005 comme l'indique le graphique 10. Le financement de cette catégorie de dépense est supporté dans 80% des cas par la clientèle de la Polyclinique.

3. Recettes Propres des Centres de Santé

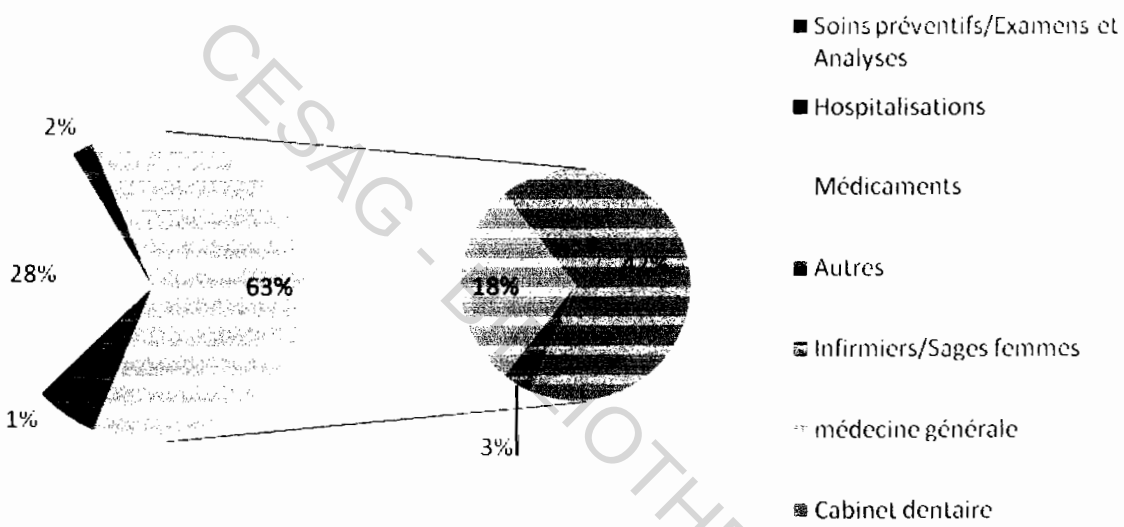
Tableau 13: Catégories de recettes propres des centres de santé

Formations sanitaires	Recettes en actes	Recettes en médicaments	Autres	Total
Polyclinique	14 712 800 (68%)	6 400 385 (29%)	626 325 (3%)	**21 739 510**
CS Kédougou	9 820 015 (36%)	16 792 972 (62%)	389 030 (1%)	**27 002 017**

Le tableau précédent montre les catégories de recettes propres des centres de santé. La Polyclinique de GS a une forte dépendance vis-à-vis des actes alors que pour le centre de santé de Kédougou, la recette en médicaments était plus importante.

En effet les résultats ont montré que le paiement des actes par les patients occupe une place très importantes dans les recettes propres de la polyclinique notamment les consultations composé à plus de 42% des recettes issu du cabinet dentaire comme l'illustre le graphique suivant.

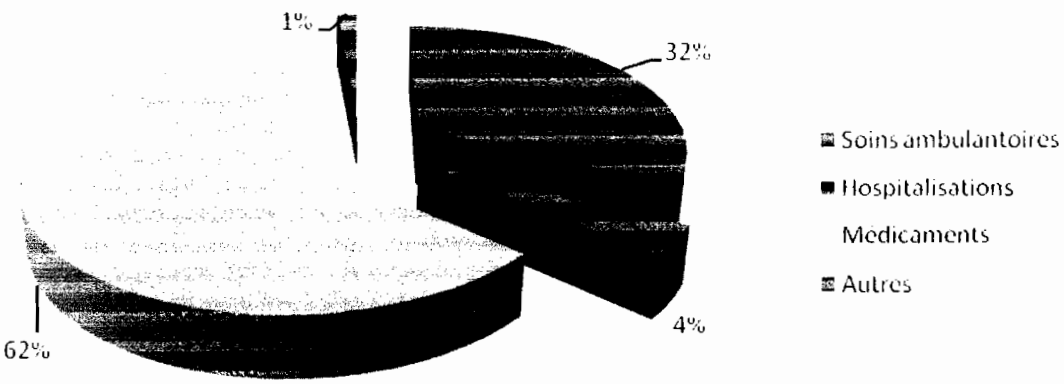
Graphique 9 Catégorie de recettes propres de la polyclinique communautaire de GS



CESAG - BIBLIOTHEQUE

Le graphique suivant met en exergue les catégories de recettes du centre de santé public.

Graphique 10 : Catégories de recettes propres du centre de santé de Kédougou



L'analyse du ratio Recettes/Dépenses montre que le centre de santé de Kédougou et la Polyclinique parviennent à dégager des excédents entre dépenses propres et recettes propres. Le tableau suivant illustre bien ce constat

Tableau 14 : Ratio des recettes propres/Dépenses de Comité de Santé

	Recettes propres	**Dépenses Propres**	**Ratio Recettes/Dépenses**
CS de Kédougou	27 002 017	24 857 088	**109%**
Polyclinique de Guediawaye	21 739 510	17 807 296	**122%**

Par ailleurs, nous avons noté que les comités de santé des formations sanitaires étudiées, dans le souci d'assurer la couverture de l'ensemble de leurs charges récurrentes développent certaines stratégies ou activités annexes qui sont entre autres :

- La signature de conventions avec des mutuelles de santé

Les structures sanitaires, en proposant un tarif préférentiel, signent des conventions avec des écoles, des entreprises, des associations et organisations diverses en vue d'assurer la prise en charges des soins aux bénéficières des micros assurances de santé issues de ces structures . Ce sont généralement les médicaments et certains actes qui sont couverts par ces conventions.

A titre d'exemple, les recettes perçues par la Polyclinique de GS des micros assurances de santé de l'année 2004 à 2007 sont contenus dans le tableau suivant :

Tableau 15 : Recettes de la Polyclinique issues des mutuelles de santé

Mutuelles de santé	**Chiffres d'affaires** en FCFA			
	2004	**2005**	**2006**	**2007**
AND FAGARU		139 235	466 330	710 700
IPM AMA	67 295	67 935	200 500	nd
AND FAJU WAKHINANE NIMJATT				23 050
AND FAJU SAM NOTAIRE			309 200	421 300
SANTE PAMECAS				95 935
Total	**67 295**	**207 170**	**976 030**	**1 250 985**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

L'augmentation du chiffre d'affaire au cours de la période 2004 à 2007 montre que l'amélioration des relations avec les mutuelles de santé demeure une préoccupation pour la structure.

- La fixation de tarifs spéciaux de consultation

Les formations sanitaires mettent en place une tarification spéciale pour certains actes notamment en dehors des horaires conventionnés de consultation (à Kédougou une consultation adultes coûte 500 F après 18h) et pendant les journées de consultation à tarifs réduits.

Mais notons que le recouvrement des coûts par la tarification est fonction de la disposition des gens à payer.

- La mise en place d'autres activités connexes telles que les télés centres et les photocopies…

CESAG - BIBLIOTHEQUE

4. La gestion du Médicament des Centres de Santé

a) Préambule (L'arrêté fixant les taux de marque bénéficiaire)

L'arrêté interministériel n° 188/MSHP/DPM en date du 15 janvier 2003 stipule que les dépôts de district doivent appliquer un taux de marque de 13.03% sur le prix de cession de la PNA et les dépôts communautaire des centres et postes de santé : 23,33 % sur le prix de vente au public.

> *Extrait de l'arrêté*
> Art. 4. — Le prix de vente au public des médicaments produits et objets vendus par la Pharmacie nationale d'Approvisionnement (PNA) est obtenu en ajoutant au prix de cession de la PNA les marges des grossistes-répartiteurs [...], les marges des districts et des centres et postes de santé pour le secteur public.
> Pour ces médicaments, produits et objets vendus par la PNA, les taux de marque sont ainsi fixés :
> *a) Secteur public :*
> — Dépôts communautaires de district : 13,04 % sur le prix de cession aux dépôts communautaires de centres et postes de santé :
> — Dépôts communautaire des centres et postes de santé : 23,33 % sur le prix de vente au public.

Le taux de marque cité dans l'arrêté correspond à la rémunération du distributeur et exprime le rapport entre la marge brute (Prix de vente (pv) – Prix d'achat (pa)) et le prix de vente.

tm = Taux de marque (%) = (Marge brute / Prix de Vente) * 100

Pour simplifier la tâche et calculer simplement le prix de vente à partir du prix d'achat, on applique un coefficient multiplicateur de vente (CM) que l'on appelle également coefficient de marge. Ce coefficient est familièrement appelé 30 % de marge par les infirmiers chefs de poste **[30]**.

CM = Coefficient Multiplicateur = Prix de Vente / Prix d'Achat = pv / pa

tm = (pv – pa) / pv donc :
tm x pv = pv – pa alors :
pa = pv – pv x tm alors :
pa = pv x (1-tm)→ pv / pa = 1 / (1-tm) = CM

Le coefficient multiplicateur est de :

CM = 1 / (1 – taux de marque)

La correspondance entre les taux de marque cités dans l'arrêté, les coefficients multiplicateurs et les taux de marge connus des personnels de santé se présentent dans le tableau suivant :

Tableau 16 : Tableau d'équivalence taux de marque / Coefficients multiplicateurs / taux de marge

		Taux de marque	Coefficient multiplicateur	Taux de marge
Achat du district à la PNA	Cession District aux CS Cession District aux PS	13,03%	1,15	15%
Achat des centres ou postes de santé au district	Cession CS aux patients Cession PS aux patients	23,33%	1,3	30%
Achat des centres ou postes de santé directement à la PNA	Cession CS aux patients Cession PS aux patients	33%	1,495	49,99%

Nota Bene : Rappelons que le centre de santé et les postes de santé à l'exception de la Polyclinique de Golf Sud ne doivent pas s'approvisionner directement auprès de la PNA, mais il est bon de citer le taux de marque final ou le coefficient multiplicateur final pour se rendre compte de l'impact sur le patient.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

b) Prix pratiqués sur le panier de médicaments

Le tableau suivant présente le prix de cession des médicaments dans les dépôts communautaires des centres de santé.

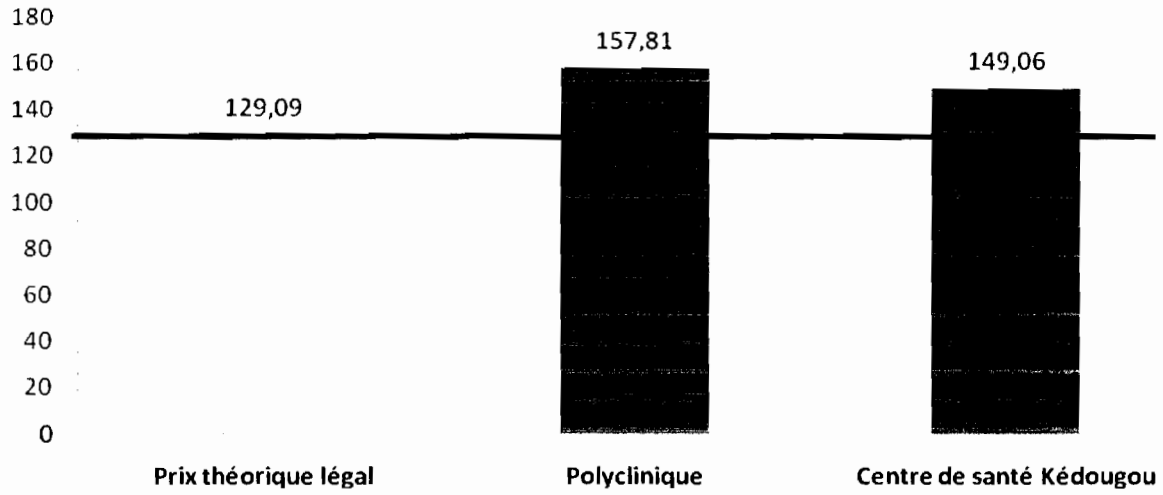
Tableau 17 : Prix de cession des médicaments dans les dépôts communautaires

Médicaments essentiels	Prix théorique légal	Polyclinique	Centre de santé Kédougou
Fer acide folique	4,34	5	5
Cifran 250 cp	13,46	30	25
Asprine 500mg	6,34	10	7,5
Paracétamol cp 500mg	6,34	10	7,5
Mebendazle cp	12,56	20	10
Cotrimoxazole cp	8,97	15	10
Paluject 400	125,58	100	135
Amoxicilline 500	37,38	40	50
Paracétamol 250 sirop	468,00	450	500
Amoxicilline sirop	344,50	500	500
Cotrmoxazole sirop	559,00	600	575
Pénicilline G 1MUI	101,40	200	105
Extencilline 1,2 MUI	186,88	200	250
Séringues 5CC	45,50	75	50
Vitamine C 500cp	16,64	20	20
Ampicilline 1g injectable	128,57	250	135
MOYENNE toute molécule confondue	**129,09**	**157,81**	**149,06**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Les prix pratiqués dans les centres de santé sont toujours supérieurs aux prix de théoriques de référence pour la plupart des molécules. Aussi, le prix moyen de cession est constamment supérieur au prix moyen de référence. Il est constaté également que le prix moyen de cession des médicaments du centre de santé de la zone économiquement défavorisée est plus faible que celui de formations sanitaires à Dakar.

Graphique 11 : Prix de cession moyens des médicaments dans les centres de santé



CESAG - BIBLIOTHEQUE

Le graphique ci-dessus confirme bien que les prix pratiqués dans le centre de santé de Golf Sud demeurent élevés. Cette pratique pourrait expliquer la raison pour laquelle les recettes des médicaments sont moins importantes que celles des actes.

c) Le taux de marque pratiqué sur le panier de médicaments dans les Centres de Santé

Conformément à l'arrêté interministériel n°188/MSHP/DPM, les postes et centres de santé doivent appliquer un taux de marque de 23,33 % sur le prix de vente au public.

Tableau18 : Le taux de marque sur le panier de médicaments dans les centres de santé

Désignation (médicaments)	Taux de marque légal	Kédougou	Polyclinique
Fer acide folique	**23,33%**	33%	42%
Cifran 250 cp	**23,33%**	59%	67%
Asprine 500mg	**23,33%**	35%	64%
Paracétamol cp 500mg	**23,33%**	35%	61%
Mebendazle cp	**23,33%**	3%	58%
Cotrimoxazole cp	**23,33%**	31%	60%
Paluject 400	**23,33%**	28%	16%
Amoxicilline 500	**23,33%**	43%	38%
Paracétamol 250 sirop	**23,33%**	28%	33%
Amoxicilline sirop	**23,33%**	47%	54%
Cotrmoxazole sirop	**23,33%**	25%	40%
Pénicilline G 1MUI	**23,33%**	26%	89%
Extencilline 1,2 MUI	**23,33%**	43%	56%
Séringues 5CC	**23,33%**	30%	67%
Vitamine C 500cp	**23,33%**	36%	51%
Ampicilline 1g injectable	**23,33%**	27%	66%
Toutes molécules cofondues	**23,33%**	**33%**	**50%***

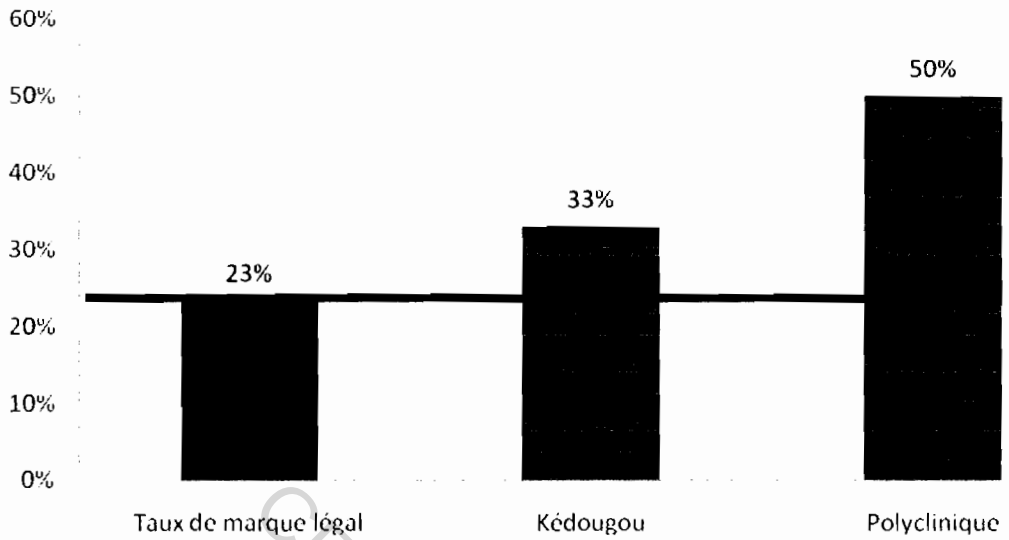
*TAUX DE MARQUE PAR RAPPORT AU PRIX DE LA PNA

CESAG - BIBLIOTHEQUE

On voit sur ce tableau que le taux de marque légal moyen est toujours dépassé par les centres de santé. La polyclinique s'approvisionne directement à la PNA. Son taux de marque de référence est donc de 34,09%. Cette formation sanitaire a un taux de marque moyen qui est égal 50%.

Le graphique suivant confirme bien que la formation sanitaire privée a des prix de cession les plus élevés.

Graphique 12 : Taux de marques moyens des prix des médicaments des centres de santé



Par le biais de la Coopération Française au Sénégal, la Polyclinique a eu l'autorisation de s'approvisionner à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement avec un taux de marque légal estimé à 34,09 % **[30]**. Ce constat explique l'importance du taux de marque moyen de la Polyclinique par rapport à celui de la structure publique.

5. Production et Productivité des Centres de Santé

Les tableaux suivants retracent le processus de calcul de la production et la productivité du centre de santé de Kédougou et de la Polyclinique communautaire de Golf Sud.

CESAG - BIBLIOTHÈQUE

Calcul de la Production du Centre de Santé de Kédougou

Avec un 1 NFS= 2512 FCFA=100 ISA

	Nombbre deconsultations Médecins	Nombre de consultations Infirmiers	Nombre d'Hospitalisations	Hospi Maternité	Nombre d'accouchements assistés	Nombre d'accouchements à Domicile vus	Nombre de Césariennes	CPN	Cslt Post Natal	VAT	PEV	PF	Consultations Dentiste	Chirurgies Dentaires	Consultaions Ophtalmologie	Nombre d'Echographie	Nombre d'Examens Laboratoire	Nombre de contacts	TOTAL
Nombre	**580**	**13 127**	**418**	**144**	**731**	**151**	**36**	**2 780**	**282**	**1 471**	**5 083**	**2 934**	**3 503**	**1 897**	**641**	**537**	**3 931**	**2 836**	**41 082**
Tarif moyen (national)	979	325	2 190	2 190	2 974		15 714	404	419	153	153	368	881	2 156	881	7 372	1 924	230	
Equivalent NFS pour un acte	0	0	1	1	1	-	6	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	0	
Unité équivalente par Acte	39	13	87	87	118	-	626	16	17	6	6	15	35	86	35	293	77	9	
Production	22 604	169 836	36 442	12 554	86 544	-	22 520	44 710	4 704	8 960	30 959	42 982	122 856	162 816	22 481	157 594	301 085	25 967	**1 275 613**

Calcul du facteur de production (personnel) du Centre de Santé de Kédougou

Avec le salaire d'un AS = 1 216 889 FCFA

	Médecins (1)	Chirurgien dentiste(1)	Techcniciens supériers(5)	Sages femmes(3)	Infirmiers(1)	Agent de santé(1)	Agent d'hygène(3)	Assistant et aides infirmiers(2)	Techcniciens maintenance(1)	Aide dentiste(1)	Laboratins (1)	CREN(1)	Matrones(8)	Vendeur de tickets	Agent de gestion IB (1)	Sécrétaire (1)	Chauffeur(2)	Gardien(3)	Manœuvres (4)	TOTAL
Effectifs	1	1	5	3	1	1	3	2	1	1	1	1	8	1	1	1	2	3	4	**41**
salaires moyens (Richard Toll)	2 943 116	2 943 116	9 868 750	3 761 250	1 767 553	1 216 889	2 121 000	1 705 994	1 800 000	852 997	1 973 750	240 000	2 674 286	600 000	600 000	1 540 000	2 460 348	1 680 000	1 150 000	
Personnel en équivalent AS	2	2	8	3	1	1	2	1	1	1	2	0	2	0	0	1	2	1	1	**34**
	2 943 116	2 943 116	1 973 750	1 253 750	1 767 553	1 216 889	707 000	852 997	1 800 000	852 997	1 973 750	240 000	334 286	600 000	600 000	1 540 000	1 230 174	560 000	287 500	

La productivité du Centre de Santé de Kédougou

Productivité = 1 275 613 / 34 = 37 518,02

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Calcul de la Production de la Polyclinique Communautaire de Golf Sud

Avec un 1 NFS= 2512 FCFA=100 ISA

	Nombbre deconsultations Médecins	Nombre de consultations Infirmiers	Cslt Sage Femme	Cslt Post natal	CPN	VAT	PEV	PF	Consultations Dentiste	Chirurgies Dentaires	TOTAL
Nombre	5429	220	263	33	182	135	124	127	2163	1379	10055
Tarif moyen (national)	979,1666667	325	325	419,047619	404,1666667	152,6315789	152,6315789	368,0555556	880,952381	2156,25	
Equivalent NFS pour un acte	0,3898	0,1294	0,1294	0,1668	0,1609	0,0608	0,0608	0,1465	0,3507	0,8584	
Unité équivalente par Acte	39	13	13	17	16	6	6	15	35	86	
Production	211 620	2 846	3 403	551	2 928	820	753	1 861	75 856	118 371	**419 009**

Calcul du facteur de production (personnel) de la Polyclinique Communautaire de Golf Sud

Avec le salaire d'un AS = 1 216 889 FCFA

	Médecins(1)	Chirurgien Dentiste(1)	Sages femmes(1)	Infirmiers(4)	Assistant et aides infirmiers(2)	Fille de salle (1)	Dépositaire(1)	Sécrétaire Comptable(1)	Vend Tick & Gardien	GardienS	TOTAL
Effectifs	1	1	1	4	2	1	1	1	1	1	14
salaires moyens (Richard Toll)	2 943 116	2 943 116	1 253 750	7070213	1705994,182	1578408	720000	1540000	600000	560000	
Personnel en équivalent AS	2	2	1	6	1	1	1	1	0	0	**17**

La productivité du Centre de Santé de Kédougou

Productivité =419009/17= 24379

CESAG - BIBLIOTHEQUE

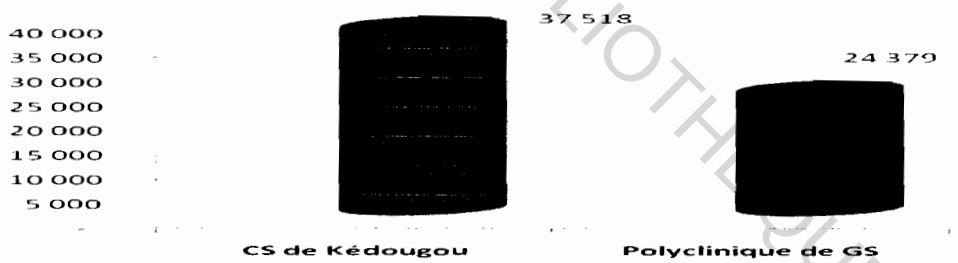
Tableau 19 : Productivité des centres de santé

Formations Sanitaires	Production des centres de Santé (Equivalent NFS)	Facteurs de production (Equivalent Agent de santé)	Productivité des Centres de Santé
CS Kédougou	1 275 613	34	**37 518**
Polyclinique Guédiawaye	419 009	17	**24 379**

Ce tableau montre que le CS de Kédougou réalise une productivité plus importante que celle de la Polyclinique communautaire. Même si le facteur de production en équivalent agent de santé du CS de Kédougou est de 34 contrairement à 17 enregistré pour le privé, la production importante réalisée par le CS public entraine une forte productivité de ce centre.
Les prochains graphiques montrent bien la productivité des centres de santé en fonction de la production et du facteur de production.

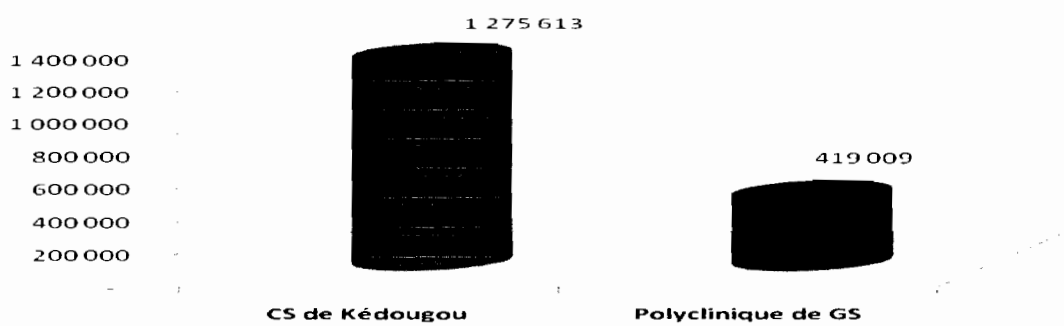
CESAG - BIBLIOTHEQUE

Graphique 13 : Productivité des centres de santé



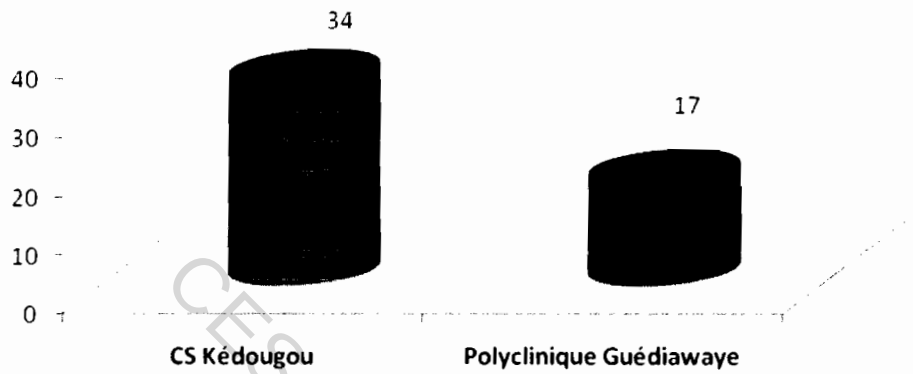
Le graphique ci-dessus confirme bien que les Centres de Santé de Kédougou a la productivité la plus importante.

Graphique 14: Production des centres de santé



Ce graphique revèle aussi que concernant la production, c'est le Centre de Kédougou qui a le volume d'activités le plus élévé.

Graphique 15: Facteurs travail des centres de santé



Le facteur de production de Kédougou représente le double de celui de Golf Sud .

Tableau 20: Ratio Dépenses /Production des Centres de Santé

Centre de Santé	Dépenses	Production des centres de Santé	Dépenses/Production
Kédougou	180 796 875	1 278 698	**141**
Polyclinique de Guédiawaye	40 165 396	419 009	**96**

Il est constaté sur ce tableau que la Polyclinique de Guédiawaye est la plus efficiente dans la production des soins de santé.Car elle dépense 96 F en moyenne pour produire une unité de soins en équivalent NFS. Par contre le CS consomme plus de ressource pour produire la même prestation.

III. LES RESULTATS SUR LES CHARGES ET PRODUITS DES POSTES DE SANTE

1. Les comptes d'exploitation des postes de santé étudiés

Voir comptes d'exploitations détaillés de PS en **ANNEXE**

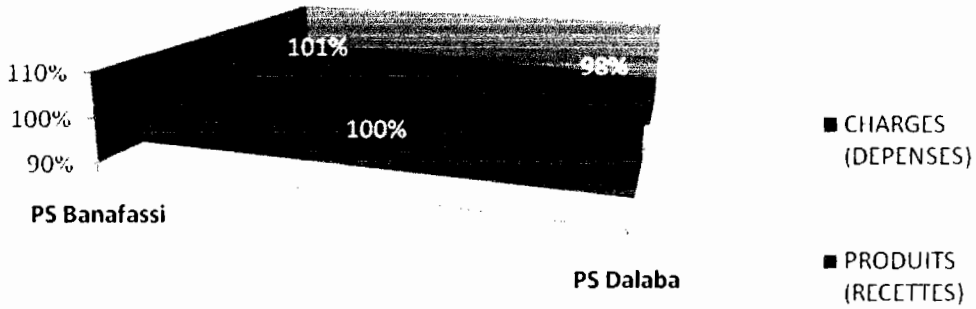
CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 21 : compte d'exploitation synthétique des postes de santé

Charges (dépenses)	PS Banafassi	PS Dalaba	Produits (recettes)	PS Banafassi	PS Dalaba
60. Achats	3 047 461	572 380	**70. Ventes**	3 689 511	822 995
61. Transport	14 583		**71. Sub / Transferts personnel**	2 755 727	2 557 774
			fonctionnement	2 153 944	321 550
62. Services extérieurs	2 155 425	447 000	**72.Dons**		
66. Personnel	3 260 917	2 770 849			
68. Dotation amort					
Résultat/ Bénéfice	*120 796*	*- 87 910*			
TOTAL	**8 599 182**	**3 702 319**	*TOTAL*	**8 599 182**	**3 702 319**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Graphique 16: Proportion des charges couvertes par les produits des PS



CESAG BIBLIOTHEQUE

L'analyse des comptes d'exploitation des PS nous montre que le poste de Dalaba réalise un résultat négatif pour l'exercice 2005 c'est-à-dire que 98% des charges ont été recouvrées cette année. Le poste de santé de Banafassi a un résultat satisfaisant en termes de recouvrement de l'ensemble des charges qui est (101%). Ce dernier prestataire de soins aurait donc supporté l'ensemble de ses charges.

Par suite, nous remarquons que les deux Postes de Santé sont différents par leurs produits et ont des résultats en fin d'exercice différents.

2. La structure des charges de fonctionnement des Postes de Santé

Les Postes de santé étudiés consomment des ressources, dans leur mission de service public. Celles-ci ont été réparties en trois grandes catégories de charges.

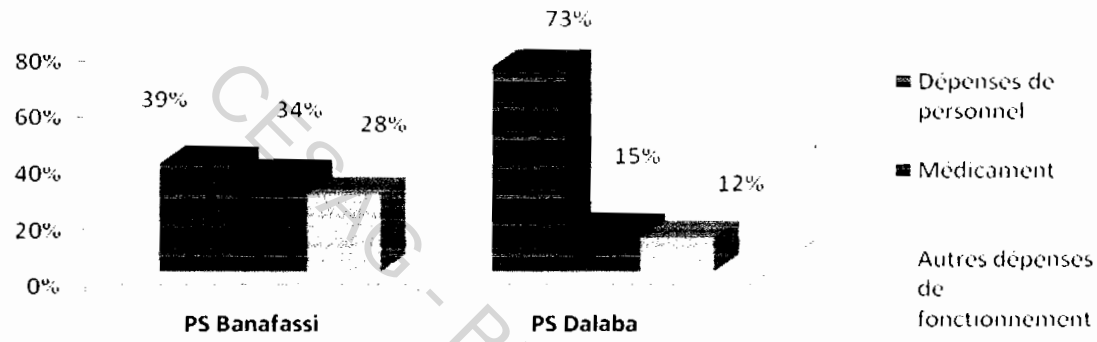
Tableau 22: Structure des charges exécutées par PS

Postes de santé	**Dépenses de personnel**	**Médicaments**	**Autres dépenses de fonctionnement**	**TOTAL**
PS Banafassi	3 260 917	2 857 406	2 347 563	**8 465 886**
PS Dalaba	2 770 849	559 105	460 275	**3 790 229**

Ce tableau montre qu'il existe deux catégories de Postes de santé : ceux ayant des catégories de dépenses comparables qui correspondent a la structure de Banafassi et ceux qui par contre ayant une grande disparité entre les catégories de dépenses tel que le PS de Dalaba. En effet les résultats nous montrent un pic des dépenses en ressources humaines pour le Poste de santé de Dalaba.

Le graphique suivant confirme bien ce constat.

Graphique17 : Catégories de dépenses des postes de santé

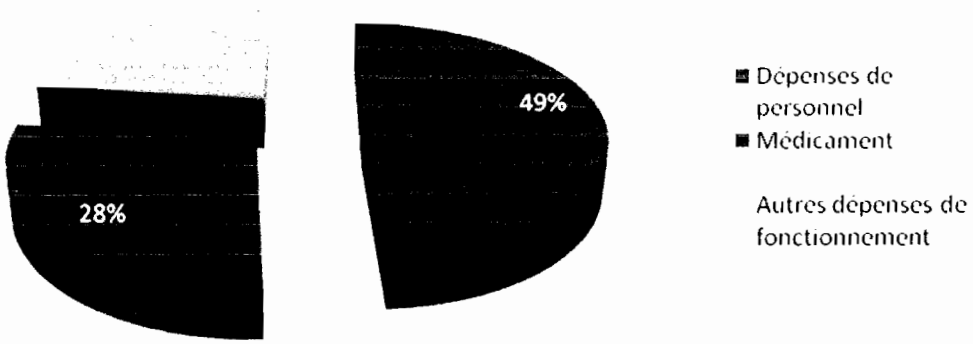


CESAG - BIBLIOTHEQUE

Pour chacun de ces prestataires de soins de santé, la prise en charge du personnel est déterminante pour leur bon fonctionnement, par suite les dépenses sont plus orientées vers le médicament soit 34% et 15% des dépenses respectifs au PS de Banafassi et de Dalaba.

Le Postes de Santé de Banafassi enregistre des dépenses de fonctionnement globales plus élevées soit 8 465 886 F CFA, représentant le double ceux de la Formation Sanitaire de Dalaba qui est de 3 790 229 F CFA.

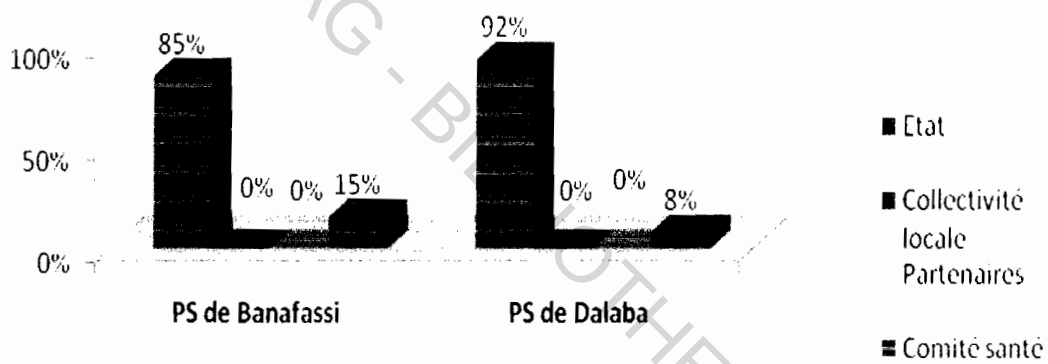
Graphique18 : Proportion moyenne des dépenses des postes de santé étudiés



Au niveau des Postes de Santé, les dépenses sont en général plus orientées vers les ressources humaines dans 49% des cas. A l'instar de l'ensemble du système du système de santé, les postes de santé ont des dépenses en ressources humaines élevées. Avec 28 % des dépenses des Postes de Santé, le médicament demeure toute fois une préoccupation importante pour toutes les sources de financement. En effet, les produits pharmaceutiques constituent un intrant important pour la prise en charge des patients. Les autres dépenses de fonctionnement représentent en moyenne 23% des charges globales. Aussi, la taille de ces structures et leur plateau technique nous renseignent sur les ressources nécessaires pour l'entretien et la maintenance des locaux et du matériel.

a) Le financement du personnel dans les Postes de Santé

Graphique 19: Financement du Personnel des Postes de Santé par source



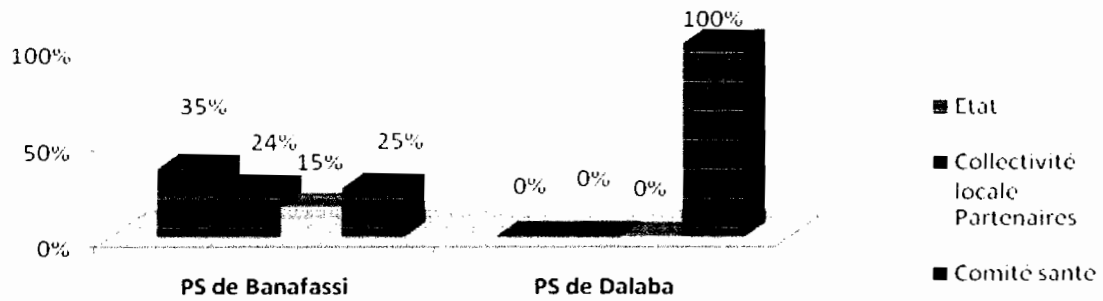
CESAG - BIBLIOTHEQUE

A l'analyse du graphique, nous remarquons que le fonctionnement des PS est fortement lié à l'appui de l'Etat qui assure la prise en charge du personnel qualifié.

L'affectation du personnel Etatique est la plus importante source d'apport en ressources humaine au niveau des Postes de Santé car représentant 88% du financement reçu par les PS Banafassi et de Dalaba. On note aussi les collectivités locales et les bailleurs ne sont pas représentés dans cette catégorie de dépenses. Aussi, les comités de santé sur fonds propres assurent la motivation du personnel communautaire de soutien soit 12% des charges moyennes en personnel au niveau des Postes de Santé étudiés.

b) Le financement du médicament dans les Postes de Santé

Graphique 20 : Financement du médicament des Postes de Santé

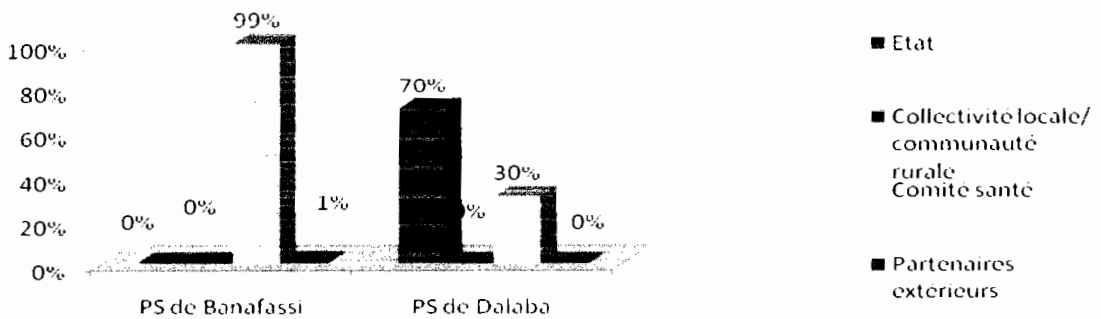


Le Poste de Santé de Banafassi se distingue par la présence de toutes les sources de financement avec des charges essentiellement supportées par l'Etat (35%).Pour ce Poste, la contribution du recouvrement des coûts pour le financement du médicament est de 25% et l'apport des collectivités locales et des partenaires est respectivement de 24% et 15%.Par contre, le Poste de santé de Dalaba n'a assuré son stock de produits pharmaceutiques que par le financement issu des caisses du comité santé; ce poste n'ayant reçu aucun financement des autres sources de financement.

En définitive le financement moyen du médicament au profit des formations sanitaires est de 29% pour l'Etat du Sénégal et de 37% pour le paiement direct.

c) Le financement des autres charges de fonctionnement dans les Postes de Santé

Graphique 21 : Financement des autres charges de fonctionnement des Postes de Santé



Le financement des autres charges de fonctionnement pour les Postes de Santé étudiés est variable d'un prestataire à l'autre. Mais la remarque générale est que les dépenses

CESAG - BIBLIOTHEQUE

d'exploitation telles que l'entretien et la maintenance incombent plus aux comités de santé et à l'Etat qu'aux bailleurs et la collectivité locale.

3. Recettes Propres des Postes de Santé

Tableau 23 : Catégories de recettes propres des postes de santé

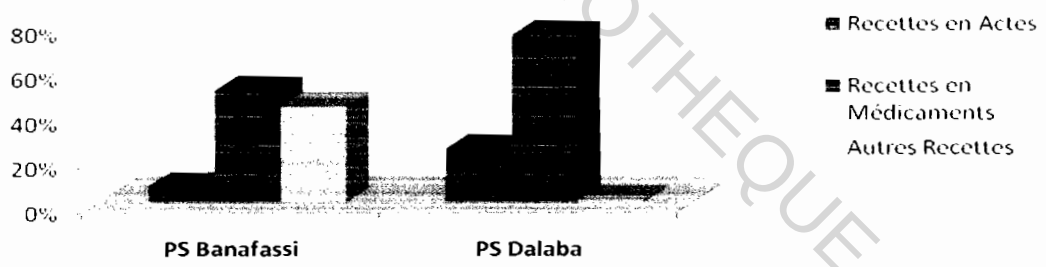
Catégories de recettes	Recettes en Actes	Recettes en Médicaments	Autres Recettes	Total
Banafasi	244 250 (7%)	1 850 441 (50%)	1 594 820 (43%)	**3 689 511 (100%)**
Dalaba	200 250 (24%)	616 750 (75%)	5 995 (1%)	**822 995 (100%)**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Le constat est le même partout, les recettes propres des postes de santé sont toujours dominées par les ventes de médicaments.

Le graphique ci-dessous qui positionne les postes de santé les uns par rapport aux autres confirme bien ce constat.

Graphique 22 : Catégories de recettes propres des postes de santé



Les recettes des Comités de santé dépendent fortement des médicaments. Le médicament soutien le système de recouvrement des coûts au niveau des Postes de santé.

Le tableau suivant met en évidence le ratio recettes/Dépenses des postes de santé.

Tableau 24 : rotio des recettes propres/Dépenses de Comité de Santé des postes de santé

Postes de Santé	Recettes propres	Dépenses propres	Ratio Recettes/Dépenses
Banafasi	3 689 511	3 556 215	**104%**
Dalaba	822 995	910 905	**90%**

Le ratio Recettes/ Dépenses du postes de Santé Banafassi semblent satisfaisant. Cette formations sanitaires parvient à couvrir leurs charges propres. La situation de Dalaba se démarque de celle du postes de santé de Banafassi car cette structure n'arrive qu'a couvrir 90% de ses charges de fonctionnement pour l'année 2005.

4. La gestion du médicament des postes de santé

a) Prix pratiqués sur le panier de médicaments dans les Postes de Santé

L'arrêté interministériel n°188/MSHP/DPM en date du 15 janvier 2003 stipule que les postes de santé doivent appliquer un taux de marque de 23,33 % sur le prix de vente au public.

Le tableau suivant présente le prix de cession des médicaments dans les dépôts communautaires des postes de santé

Tableau 25: Prix de cession des médicaments dans les dépôts communautaires des postes de santé en F CFA.

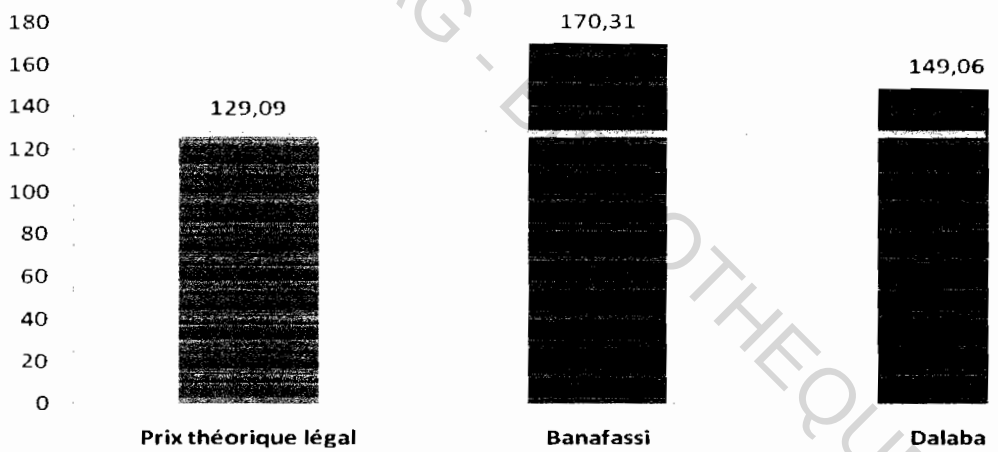
Désignation (médicaments)	Prix théorique légal	Banafassi	Dalaba
Fer acide folique	4,34	10	5
Cifran 250 cp	13,46	100	25
Asprine 500mg	6,34	10	7,5
Paracétamol cp 500mg	6,34	10	7,5
Mebendazle cp	12,56	10	10
Cotrimoxazole cp	8,97	25	10
Paluject 400	125,58	150	135
Amoxicilline 500	37,38	50	50
Paracétamol 250 sirop	468,00	500	500
Amoxicilline sirop	344,50	600	500
Cotrmoxazole sirop	559,00	600	575
Pénicilline G 1MUI	101,40	110	105
Extencilline 1,2 MUI	186,88	300	250
Séringues 5CC	45,50	100	50
Vitamine C 500cp	16,64	15	20
Ampicilline 1g injectable	128,57	135	135
Toutes molécules confondues	129,09	170,31	149,06

CESAG BIBLIOTHEQUE

Les prix de cession dans les dépôts communautaires en vigueur au Sénégal sont toujours dépassés par les postes de santé. Le prix théorique de référence moyen était de 129,09F CFA. La pression des comités de santé des postes sur les médicaments est très forte. Cela confirme bien que cette catégorie de recettes soit constamment la plus importante quelque soit le poste de santé.

Le graphique ci-dessous confirme que les prix de cession des postes de santé sont supérieurs aux prix théoriques de référence. Le poste de santé de la communauté rurale de Banafassi se caractérise tout de même par des prix de cession plus élevés par rapport à Dalaba.

Graphique 23 : Prix moyen de cession moyens des médicaments dans les dépôts communautaires des postes de santé



CESAG - BIBLIOTHEQUE

D'une formation sanitaire à l'autre, les prix de cession sont différentes. Il n'y a donc pas un respect du prix de référence.

b) Taux de marque pratiqué sur le panier de médicaments dans les Postes de Santé

Conformément à l'arrêté interministériel n°188/MSHP/DPM, les postes et centres de santé doivent appliquer un taux de marque de 23,33 % sur le prix de vente au public.

Le tableau suivant met en évidence les taux de marque appliqué sur le médicament dans les pratiques de gestion des comités de santé.

Tableau 26 : Taux de marque sur un panier de médicament dans les postes de santé

Désignation (médicaments)	Taux de marque légal	Bnafassi	Dalaba
Fer acide folique	**23,33%**	67%	33,30%
Cifran 250 cp	**23,33%**	90%	58,60%
Asprine 500mg	**23,33%**	51%	35,00%
Paracétamol cp 500mg	**23,33%**	51%	35,00%
Mebendazle cp	**23,33%**	3%	3,40%
Cotrimoxazole cp	**23,33%**	72%	31,00%
Palujject 400	**23,33%**	36%	28,44%
Amoxicilline 500	**23,33%**	43%	42,50%
Paracétamol 250 sirop	**23,33%**	28%	28,00%
Amoxicilline sirop	**23,33%**	56%	47,00%
Cotrmoxazole sirop	**23,33%**	28%	25,22%
Pénicilline G 1MUI	**23,33%**	29%	25,71%
Extencilline 1,2 MUI	**23,33%**	52%	42,50%
Séringues 5CC	**23,33%**	65%	30,00%
Vitamine C 500cp	**23,33%**	15%	36,00%
Ampicilline 1g injectable	**23,33%**	27%	26,74%
Toutes molécules confondues	**23,33%**	**42%**	**33,38%**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

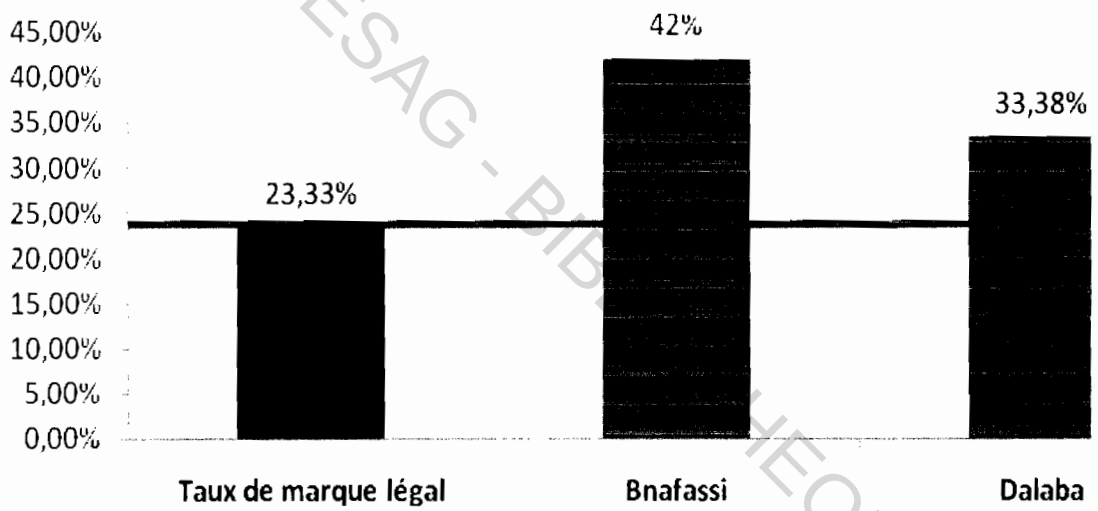
Ce tableau montre que le taux de marque moyen autorisé est dépassé par celui pratiquée par les postes de santé ; Banafassi se distingue par un taux de marque très élevés qui est de 42%,

alors qu'il devrait être de 23,33%. Dalaba pratiquent un taux de marque moyen moins important. Toutefois ces taux de marques restent élevés par rapport au taux normal.

Les comités de santé ont tendance à pratiquer des taux très importants sur les produits les plus vendus dans le souci d'augmenter leurs recettes. Par contre pour certains produits pharmaceutiques nous avons enregistré un taux légal supérieur au taux pratiqué (Menbédazole, Paluject, Paracétamol 250 sirop, Vitamine C)

Le graphique suivant montre bien que le taux légal moyen est inférieur au taux moyen pratiqué.

Graphique 24 : Taux de marque dans la pratique de gestion des postes de santé



CESAG - BIBLIOTHEQUE

5. Production et Productivité des Postes de Santé

Les tableaux suivants montrent le calcul de la production et la productivité des Postes de santé de Dalaba et de Banafassi.

Calcul de la Production du Poste de santé de Dalaba

Avec un 1 NFS= 2512 FCFA=100 ISA

	VAT	PEV	PF	CPN	Accouchements Assistés	Accouchements Vus	Consultations	MEO	TOTAL
Nombre	59	0	58	84	0	0	831	0	1032
Tarif moyen (national)	153	153	368	404	3974	0	325	0	
Equivalent NFS pour un acte	0,06076098	0,06076098	0,14651893	0,16089437	1,58188066	0	0,129378981	0	
Unité équivalente par Acte	6,07609789	6,07609789	14,6518931	16,0894374	158,188066	0	12,93789809	0	
Production	358,489775	0	849,809802	1351,51274	0	0	10751,39331	0	**13 311**

Calcul du facteur de production (personnel) du Poste de santé de Dalaba

Avec le salaire d'un AS = 1 216 889 FCFA

	ICP	ASC	TOTAL
Effectifs	1	3	
salaires moyens (Richard Toll)	1767553	1002857	
Personnel en équivalent AS	1	1	**2**

La productivité du Poste de santé de Dalaba

Productivité = 13311/2 = 5 847

CESAG BIBLIOTHEQUE

Calcul de la Production du Poste de santé de Banafassi

Avec un 1 NFS= 2512 FCFA=100 ISA

	Nombre VAT	CPN	PF	PEV	Consultations	MEO	Accouchements Assistés	Accouchements Vus	TOTAL
Nombre	489	544	593	3320	2144	11	35	53	
Tarif moyen (national)	152,631579	404	368	153	325	0	3973,684211	0	
Equivalent NFS pour un acte	0,06076098	0,16089437	0,14651893	0,06076098	0,12937898	0	1,581880657	0	
Unité équivalente par Acte	6,07609789	16,0894374	14,6518931	6,07609789	12,9378981	0	158,1880657	0	
Production	2971,21187	8752,65393	8688,57263	20172,645	27738,8535	0	5536,5823	0	**73861**

Calcul du facteur de production (personnel) du Poste de santé de Banafassi

Avec le salaire d'un AS = 1 216 889 FCFA

	ICP	Dépositaire	ASC / MATRONNES	TOTAL
Effectifs	1	1	4	**6**
salaires moyens (Richard Toll)	1767553,33	720000	1337142,86	
Personnel en équivalent AS	1	1	1	**3**

La productivité du Poste de santé de Banafassi

Productivité = 73861 / 3 = 23 500

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Au niveau des postes de santé de Dalaba et de Banafassi nous avons enregistré la productivité fonction du volume de production (équivalent NFS) réalisé en 2005 et de la quantité principale d'input mise en œuvre à savoir le personnel (équivalent Agent de santé).

Le tableau suivant montre que Banafassi a la production et la productivité les plus importantes.

Tableau 27 : Productivité des postes de santé

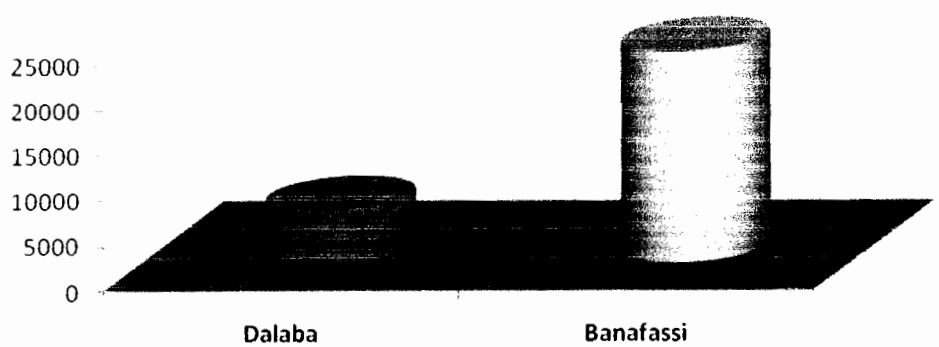
Postes de santé	Production (Equivalent NFS)	Facteur de production (Equivalent Agent de santé)	Productivité des postes de santé
PS Dalaba	13 311	2	**5 847**
PS Banafassi	73 861	3	**23 500**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Le poste de Dalaba quant à lui enregistre une faible productivité au cours de notre période d'analyse.

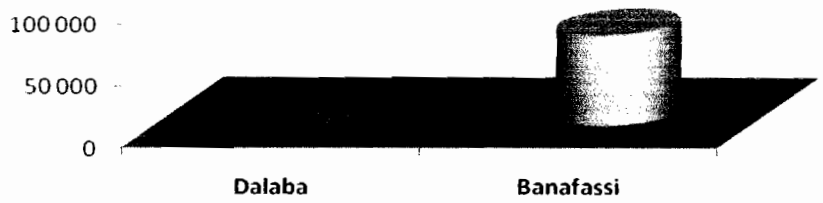
Les graphiques 26, 27 et 28 ci-dessous montrent que la productivité des postes de santé est fortement dépendante de la production desdites structures.

Graphique 25 : Productivité des postes de santé



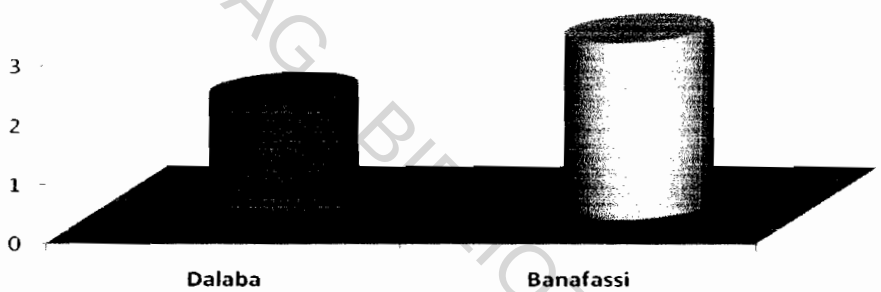
Le poste de Santé de Banafassi a la productivité la plus élévée.

Graphique26 : Production des postes de santé



Le volume de production de Banafassi est le plus important. Il semble exister une relation inverse entre les marges sur le médicament et la productivité.

Graphique 27 : Facteurs de production des postes de santé



Les facteurs travail sont comparables quelques soit le Poste de santé.

Tableau 28: Ratio Dépenses/Production des Postes de Santé

Postes de santé	Dépenses	Production (Equivalent NFS)	Dépenses/Production
Banafassi	8 465 886	73 861	**115**
Dalaba	3 790 229	13 311	**285**

Ce tableau met en évidence le coût de production d'une unité équivalente de NFS en fonction des Postes de santé. En effet, le Poste de Santé de Banafassi dépense 115 F en ressources pour produire une unité équivalente de NFS. L'on constate que c'est cette formation sanitaire qui possède la productivité la plus importante.

Ces résultats révèlent que le poste de santé ayant la productivité la plus importante est celui qui est le plus efficient (efficience productive).

CESAG BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 2 : ANALYSE ET DISCUSSION

I. LE DISPOSITIF DE FINANCEMENT DES CENTRES ET POSTES DE SANTE

a) Les Sources de financement du Centre de Santé de Kédougou et de la Polyclinique le Golf Sud

L'étude a révélé la présence de quatre principales sources de financement de la santé au Sénégal conformément aux différents rapports d'enquêtes réalisés au plan national tel que l'EDS et l'ENQUETE SENEGALAISE SUR LES INDICATEURS DE SANTE.

Ces différents pourvoyeurs de fonds à savoir L'État, les populations, les collectivités locales et les partenaires, ont apporté des ressources pour le fonctionnement du Centre de santé public de Kédougou dont la contribution de l'Etat constitue la plus importante soit 55 % des charges totales pour l'exploitation 2005. Ce résultat confirme bien notre première hypothèse (Malgré la politique de décentralisation de la santé l'Etat reste le principal financeur des Postes et Centre de santé publics). Ce financement se compose essentiellement de l'affectation du personnel médical, de la dotation en médicaments, des fournitures et consommables retrouvés dans le FDD et le BFnD.

La participation des usagers (22%) soutien le financement des activités au niveau des formations sanitaires afin de maintenir ou améliorer les services de santé conformément aux buts primordiaux du recouvrement des coûts **(42)**.

Par contre, conformément à l'hypothèse 2 (L'Etat n'est pas présent dans le financement du fonctionnement de la structure privée sans but lucratif), l'Etat est absent dans le financement de la polyclinique Communautaire car nous assistons au processus d'auto promotion et d'auto responsabilisation des communautés en matière de santé au Sénégal à travers l'expérience des CSCOM.

D'une manière générale les collectivités locales ont une faible représentativité dans le dispositif de financement du système de santé mais nous notons une participation propre relativement faible de la mairie de Kédougou à l'effort de santé contrairement à celle reçu par la polyclinique. Cela pourrait s'expliquer par une insuffisance des activités économiques qui fait de la ville une zone défavorisée avec une difficulté d'accès aux soins pour les populations comme le stipule notre hypothèse (Le contexte économique influe sur la participation des collectivités locales à la santé).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

En effet, Kédougou, une zone pauvre et isolé dans le Sud Est du Sénégal ne dispose pas de ressources suffisantes pour financer ses besoins en santé.

Le financement important des partenaires au développement au profit de la Polyclinique communautaire de Golf Sud est en partie dû au fait qu'on assistait au démarrage des activités de la structure qui avaient reçu de la coopération française une subvention d'exploitation importante.

b) Les sources de financement des Postes de Sante

Concernant le financement des postes de santé de Kédougou: Dalaba ayant fonctionné partiellement sur le période de 2005 cause d'absence de l'ICP pour des problèmes de santé a reçu le financement principalement de l'Etat constitué essentiellement de traitement salarial estimé à 78% des charges totales. En revanche, dans le processus de financement des postes de santé, la participation communautaire telle que décrite par l'initiative de Bamako demeure l'une des principales sources de financement des postes de santé tandis que les collectivités locales sont faiblement représentées c'est-à-dire 6%. Les ressources des représentants locaux demeurent insuffisantes pour financer tous les besoins sociaux (éducation, santé, cultures, actions sociales…) de leur circonscription. En effet ce sont 50% des Postes de Santé qui ont effectivement reçu le financement des élus locaux.

Le financement issu des partenaires au développement et ONGs pour l'ensemble des Postes de santé étudiés est faible. Toutefois les partenaires au développement ont intervenu en faveur de la formation sanitaire de la communauté rurale de Banafassi dans le cadre des activités de prévention et de promotion de la santé. Cela confirme bien l'attention des bailleurs pour les zones défavorisées.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

II. LES RESULTATS SUR LES CHARGES ET PRODUITS DES CENTRES ET POSTES DE SANTE

A l'analyse des comptes d'exploitation des différentes structures nous constatons que chaque formation sanitaire réalise un résultat positif pour l'exercice 2005.C'est à dire que les centres de santé ont réalisé des excédents en fin d'exercice dans la confrontation entre l'ensemble des produits reçus et les charges liées à la mise en places des activités de SSP. Cette situation se comprend aisément dans la mesure où les formations sanitaires publiques ne

peuvent produire les prestations qu'à la hauteur des ressources reçues. Aussi cela signifierait que les comités santé arrivent à recouvrer leurs coûts, condition importante de la durabilité financière d'une structure de santé conformément aux reformes du financement des soins de santé en Afrique Subsaharienne.

L'ampleur des excédents réalisés par les formations sanitaires en fin d'exercice, nous amène à envisager ces deux situations:

- Si l'excédent est faible, les prestataires de soins auraient renoncé à certaines activités.
- Si l'excédent est élevé, les prestataires auraient probablement réussi à couvrir les besoins des populations.

Concernant les postes de santé l'analyse des comptes d'exploitation des PS nous montre que le poste de Dalaba réalise un résultat négatif pour l'exercice 2005 cela pourrait être dû au fonctionnement partiel de la structure et à une mobilisation de l'épargne antérieure.

En revanche, le prestataire de soins de Banafassi a un résultat satisfaisant en termes de recouvrement de l'ensemble des charges. Les raisons avancées seraient la performance de ce Postes de Santé c'est-à-dire une utilisation efficiente des services conjuguée par un dynamisme des activités.

En effet, la maîtrise des charges au regard du financement reçu par les formations sanitaires est très variable et ne serait pas forcément lié à la quantité des ressources reçus mais plus aux pratiques de gestions des ressources incluant une bonne maîtrise des coûts dans ces structures. En plus, les reports d'années en années du budget non exécuté pourraient soutenir aussi ce constat.

En définitive, à l'analyse des différents comptes de résultat incluant les excédents faibles dégagés par les structures étudiées nous déduisons que notre hypothèse 3 selon laquelle les formations sanitaires ne réalisent pas d'excédents entre produits et charges est plus ou moins vérifiée.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

III. LA STRUCTURE DES CHARGES DE FONCTIONNEMENT DES CENTRES ET POSTES DE SANTE

a) Les dépenses du personnel

L'importance du personnel fixé par la convention au démarrage des activités explique les dépenses élevées en personnel relevé au niveau de la Polyclinique communautaire de Golf Sud.

Par contre, les résultats montrent que le centre de Santé de Kédougou, enregistre des charges du personnel importantes mais inférieures aux autres charges récurrentes. En effet, le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2000 relève que les ressources humaines sont perçus comme particulièrement importantes en raison du fait que les systèmes de santé sont des organisations à forte utilisation de main d'œuvre et que les dépenses de personnel sont généralement le poste dépense le plus lourd parmi les catégories de charges.

Par ailleurs, les résultats montrent que l'Etat est la principale source de financement en ressources humaines du Centre de Santé public de Kédougou. Ce résultat confirme bien les buts primordiaux du recouvrement des coûts, dans la perspective de la durabilité financière, qui ont été entre autre d'établir un partage des coûts par lequel le gouvernement national continue de payer les salaires des agents de santé et les coûts d'infrastructures fixes tandis que les utilisateurs du système de soins prennent en charge au moins une partie des médicaments et des services qu'ils reçoivent directement**[42]**. Ainsi, la prise en charge des ressources humaines incluant les traitements, les primes, la formation et le recyclage reste la préoccupation de l'Etat dans les reformes du financement de la santé.

Les deux postes de santé se distinguent par la structure des dépenses de fonctionnement. En effet la structure de Banafassi ayant correctement fonctionné durant la période d'analyse a des catégories de charges comparables. Par contre le pic enregistré dans les dépenses en ressources humaines de Dalaba s'explique par la période d'inactivité de la structure ou l'ICP bénéficiait toujours de ses traitements.

b) Les dépenses en Médicaments

L'étude montre que le financement du médicament au profit du CS de Kédougou est marqué par la présence des populations et de l'Etat, en effet ce dernier accorde annuellement au CS un Fonds de Dotation en médicaments et les comités santé assurent le renouvellement du stock de médicaments. En plus les partenaires soutiennent les activités de soins préventifs

CESAG BIBLIOTHEQUE

par l'octroi de produits pharmaceutiques tels que les vaccins notamment dans les zones défavorisées.

D'autre part pour le privé sans but lucratif, la participation des usagers est la seule source de financement du médicament. Vu la place stratégique qu'occupe les recettes de médicaments dans le financement propre de la structure on pourrait se demander si les stocks sont toujours disponibles.

Au niveau des poste de santé, la forte contribution du paiement direct au financement du médicament nous amène à la conclusion selon laquelle qu'on ne pourrait assurer un bon fonctionnement des postes de santé sans le système de recouvrement des coûts.

c) Les autres charges de fonctionnement

Le financement des autres charges de fonctionnement pour la structure sanitaire publique de Kédougou incombe principalement à l'Etat Sénégalais. L'importance des activités de supervision du district explique le coût élevé de ses charges (voir compte d'exploitation en Annexe).Cette catégorie de charge incombe en forte proportion à la clientèle de la Polyclinique. Le comité de gestion de cette structure doit pouvoir trouver un équilibre pour assurer sa durabilité financière.

Par ailleurs, remarquons que généralement pour les postes de santé, la plus grande partie des financements des partenaires sert à fournir les équipements lourds plutôt qu'à aider au financement des dépenses d'exploitation telles que l'entretien et la maintenance. Ce qui explique la forte implication des comités santé et de l'Etat contrairement aux bailleurs de fonds.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

IV. RECETTES PROPRES DES CENTRES ET POSTES DE SANTE

La Polyclinique de GS a une forte dépendance vis-à-vis des actes alors que pour le centre de santé de Kédougou, la recette en médicaments était plus importante. Pour le privé sans but lucratif, ce constat peut s'expliquer par le dynamisme des services tel que le cabinet dentaire qui offre des soins de qualité à un tarif accessible à la population de Guadiawaye. Le résultat enregistré à Kédougou confirme bien la place stratégique qu'occupe le médicament dans le recouvrement des coûts des structures sanitaires publiques incluant les postes de santé conformément à l'hypothèse 5 de notre étude. Car le médicament soutien énormément le système de recouvrement des coûts chez ces derniers.

Aussi, à l'analyse du ratio Recettes propres / Dépenses propres, nous déduisons que le fonctionnement des activités de ces prestataires ne serait pas menacé dans le court et le moyen terme. Un soutien dans le financement et la gestion s'avère tout de même nécessaire pour améliorer la performance de ces structures.

En revanche, le recouvrement des coûts par la tarification est fonction de la disposition des gens à payer. Les structures pourraient donc mieux accroitre leurs recettes si elles procurent l'amélioration de la qualité, de l'accès (réduction des tarifs sous l'hypothèse que la diminution des prix entrainerait une augmentation plus que proportionnelle de la demande l'$\sum p/d \geq 1$) et de l'équité que demandent les populations.

V. GESTION DU MEDICAMENT

Il est constaté que le prix moyen de cession des médicaments du centre de santé de la zone économiquement défavorisée est plus faible que celui de formation sanitaire à Dakar.Ce résultat confirme bien notre sixième hypothèse (Les marges sur les prix des médicaments sont plus élevées en zone favorisée qu'en zone défavorisée donc un non respect des recommandations sur les marges des médicaments venant du niveau central).

Cette pratique pourrait poser un problème d'accessibilité aux soins de la Polyclinique. Cette pratique pourrait confirmer la raison pour laquelle les recettes des médicaments sont moins importantes que celles des actes. En effet, les patients après une prestation n'ont pas les moyens de s'acheter les médicaments, étant donné que les prix pratiqués sont inaccessibles. Le statut privé de la Polyclinique peut expliquer la pression exercée sur le médicament pour financer l'ensemble des charges récurrentes.

La vente des médicaments et le tarif des actes sont les seuls moyens pour les Comités de Santé d'obtention de ressources propres afin de financer leurs charges surtout pour la Polyclinique qui ne reçoit aucune subvention de l'Etat.

La pression des comités de santé des postes sur les médicaments est très forte puisque cette catégorie de recettes reste constamment la plus importante quelque soit le poste de santé. Ces formations sanitaires ne pourraient survivre sans la vente de médicaments. En effet c'est le médicament qui permet au comité de santé de financer ces charges de fonctionnement.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

VI. PRODUCTIVITE DES CENTRES ET POSTES DE SANTE

La productivité est fonction de la production et de la quantité de travail fourni. Mais le travail demeure l'élément déterminant pour la maximisation de la productivité des formations sanitaires. En effet, le Rapport sur la santé dans le monde 2000 a résumé les bases factuelles qui permettent d'établir un lien entre la fonction de production de ressources et la performance des systèmes de santé. L'OMS affirmait que, quel que soit le niveau des intrants, il existait une manière efficiente de les combiner afin d'obtenir l'équilibre le plus rentable des différents types de ressources productives (efficience productive) **[32]**. Ainsi, une bonne productivité ne serait forcément être liée à une production élevée; une meilleure allocation des facteurs de production constituerait un critère important pour la maximisation de la productivité des centres de santé.

En plus, l'analyse du ratio dépenses production montre que la Polyclinique de Guédiawaye est la plus efficiente dans la production des soins de santé par rapport au CS de Kédougou. Une explication possible est que les centres de santé publics réalisent des activités qui ne s'effectuent pas au privé telles que la supervision du district.

Pour les postes de santé, il y'a une forte corrélation positive entre la productivité et la production.

En effet, les postes de santé n'ayant pas un plateau technique élevé associé à une faible diversité des activités, verront une productivité fortement corrélée aux performances du principal animateur qui est l'infirmier chef de poste (ICP) ce qui explique la faible productivité du poste de Dalaba qui a enregistré une longue absence de l'ICP. Malgré la forte marge pratiquée sur le médicament à Banafassi, les prix de cession des médicaments au dépôt communautaire ne semblent pas constituée une entrave majeur à l'accessibilité financière aux soins. La production des formations sanitaires étudiées pourrait être influencée par la taille et l'état de santé des populations cibles qu'aux modalités d'accessibilité aux soins de santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de cette analyse force est de reconnaitre que le dispositif de financement de la santé au Sénégal, du moins dans les formations sanitaires publiques étudiées, est semblable à celui des pays d'Afrique Subsaharienne. En effet, la vérification des hypothèses de l'étude au regard des résultats obtenus nous amène à tirer les conclusions suivantes :

- ✓ L'Etat est bien représenté dans le financement des formations sanitaires de premier contact plus précisément au niveau des centres de santé où il en est la principale source de financement. Les charges du personnel incombent plus à l'Etat.
- ✓ Au niveau des postes de santé, le dispositif de financement est marqué par une forte contribution des usagers qui financent à plus de la moitié les charges de fonctionnement. Le comité de santé est la principale source de financement du médicament
- ✓ Bien que la majorité des médecins chef de district et des infirmiers chef de poste affirment que la rubrique médicament du FDD est insuffisante, nous avons remarqué que la trésorerie des dépôts des postes de santé et centres de santé est suffisante pour le renouvellement du stock
- ✓ Les partenaires au développement ont une préférence pour le financement des formations sanitaires situées dans les zones défavorisées.
- ✓ Avec la décentralisation, les financements publics sont effectués par les communes qui utilisent pour cela les Fonds de Dotation de la Décentralisation (FDD).Mais la réception des fonds de dotation de la décentralisation est tardive
- ✓ Les communes contribuent pour une partie modeste avec leurs recettes propres.
- ✓ Les Etablissements sanitaires des régions favorisées pratiquent des prix de cession des médicaments très élevés. Le non respect de la note ministérielle par rapport à la marge bénéficiaire à appliquer.

Dans ce contexte, on comprend le caractère vital de la coordination des recettes propres et de l'appui de l'Etat pour un bon déroulement des activités des Centres et Postes de santé. Les ressources reçues qui sont parfois d'une valeur absolue importante, pourraient s'avérer faibles par rapport aux besoins d'une structure confrontée à une demande élevée d'une population de

CESAG - BIBLIOTHEQUE

plus en plus exigeante. Il est donc impérieux d'intégrer certaines politiques et mesures pour accroitre les revenus des structures sanitaires. La pérennité financière d'un système de santé, exige l'existence suffisante de financement fiable afin de maintenir les services de soins actuellement fournis à une population de plus en plus nombreuse et de couvrir les coûts d'améliorations au plan de la qualité et de l'accessibilité pour atteindre des niveaux acceptables.

En définitive considérant que << Politique de financement des soins de santé et politique de la santé sont les deux faces d'une même médaille, l'une ne être efficace sans l'autre>> **[41]**, notons qu'une bonne reforme du système de financement de la santé dans une perspective de pérennité financière peut aussi améliorer la qualité, l'accès et l'efficacité des services de santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RECOMMANDATIONS

Les conclusions nous amènent à faire les recommandations suivantes

A l'endroit du Ministère de la Santé

- ✓ Veiller au respect de l'arrêté interministériel n°188/MSHP/DPM en date du 15 janvier 2003 fixant les prix de cession des médicaments au niveau des dépôts communautaires dans les zones favorisées.
- ✓ Envisager par contre la diminution des marges sur le médicament dans les régions défavorisées et combler l'écart par une subvention.
- ✓ Mettre en place des mesures de lutte contre la rupture de stock de médicaments au niveau des PRA et de la PNA.
- ✓ Renforcer l'effectif du personnel qualifié et les subventions dans le cadre de la décentralisation en améliorant le délai de disponibilité de ces fonds.
- ✓ Motiver les responsables des comités de santé.
- ✓ Définir clairement des critères de répartition des fonds de dotation et promouvoir l'équité dans le financement des soins de santé notamment entre zones favorisées et zones défavorisées.
- ✓ Octroyer les subventions en fonction de la productivité des formations sanitaires mais tenir compte des difficultés liées à la production (zone peu peuplée, très éloignée, …)

A l'endroit des collectivités locales

- ✓ Impliquer les responsables des collectivités locales dans la gestion courante des Postes et Centres de santé par la mise en place effective des comités de gestion pour les structures publiques et un conseil de surveillance pour la Polyclinique de GS et assurer le fonctionnement de ces organes
- ✓ Accroître le financement sur fonds propres des collectivités locales aux structures sanitaires de leur localité pour éviter leur grande dépendance vis-à-vis de l'extérieur qui fragiliserait leur viabilité financière.
- ✓ Mettre en place un système de comptabilité afin de suivre les flux financiers en faveur de la santé au niveau des centres et postes de santé.

A l'endroit des comités de santé

- ✓ Identifier les besoins réels des formations sanitaires afin de réduire les charges de fonctionnement c'est-à-dire faire preuve d'efficience dans l'allocation des ressources.
- ✓ Respecter les marges légales pratiquées sur les médicaments pour une meilleure accessibilité aux soins de santé.
- ✓ Motiver le personnel communautaire afin d'améliorer leur productivité et la qualité des soins.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Tableau I : Compte d'exploitation du centre de santé de Kédougou

Compte d'exploitationCS Kédougou

Charges (dépenses)			Produits (recettes)		Etat	Collectivité locale	Partenaire	Comité santé
60. Achats	Médicaments	14 448 515	70.Ventes	Médicaments				16 792 972
	Fournitures et consommables	10 286 287		Actes médicaux				8 347 515
	Carburant	11 012 217		Examen labo				1 545 700
	Matériel et produits d'entretien	6 876 071		Autres recettes/ Télécentre				242 630
	Outils de gestion	1 129 910		Autres recettes				73 200
	Autres(médicaments cédés gratuitement)	-	71.Subvention	Affectation personnels	41 714 727	3 920 624		
61.Transport	Transport personnel / malades	1 378 071		FDnD	25 498 000			
	Autres			FDD(médicament ...)	37 271 499			
62. Services extérieurs A	Maintenance locaux	2 191 350	72.Dons	Affectation personnels				
	Entretien Chaîne de froid	2 085 000		Nature/Financier			52 940 989	
	Maintenance logistique	7 240 099		Divers dons				
	Télécommunication	1 378 071						
	Electricité / Eau	2 893 947						
	Pneumatiques	3 499 998						
	Divers	1 135 058						
63.Services extérieurs B	Frais d'Activité d'IEC/Ssoutien action santé	56 107 201						
	Charges exceptionnelles							
	Frais Formation Personnel							
	Laboratoire et Maternité	998 140						
	Autres et Cas sociaux	4 177 928						
66.Personnel	Rémunération	42 855 199						
	Primes de motivation	11 103 812						
	Prestations sociales							
Résultat/ Bénéfice		7 550 982		Sous TOTAL	104 484 227	3 920 624	52 940 989	27 002 017
Total charges (dépenses)		188 347 856	*Total des produits (recettes)*					188 347 857
			Part relative		55%	2%	28%	14%

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau II : Compte d'exploitation de la Polyclinique Communautaire Golf Sud

Compte d'exploitation Polyclinique Guédiawaye								
Charges (dépenses)			**Produits (recettes)**		**Etat**	**Collectivité locale**	**Partenaires/ONG & Privés**	**Comité de gestion**
60. Achats	**Médicaments**	**4 905 696**	**70.Ventes**	**Médicaments**	**-**			**6 400 385**
	Fournitures et consommables Médicaux	**3 837 391**		**Actes médicaux**				**13 748 050**
	Fournitures de bureau	**453 295**		**Examen labo**				**783 500**
	Autres			**Autres recettes/ Photocopies**				**626 325**
61.Transport	**Transport personnel / malades**	**571 395**		**Autres recettes (Mutuelles de santé)**				**181 250**
	Autres		**71.Subvention**	**Subvention 1**			**17 180 000**	
62. Services extérieurs A	**Locations**	**3 000 000**		**Subvention 2**		**3 000 000**		
	Maintenance locaux			**Subvention 3**			**200 000**	
	Maintenance et entretiens	**2 620 350**	**72.Dons**	**Affectation personnels**				
	Télécommunication	**407 970**		**Nature/Financier**				
	Electricité / Eau	**1 156 814**		**Divers dons**			**100 000**	
	Gaz	**29 780**						
	Charges diverses	**3 630 881**						
63.Services extérieurs B	**action santé**							
	Perdiem Réunions	**489 000**						
	Frais Formation Personnel							
66.Personnel	**Rémunération+ Primes**	**18 358 100**						
	Prestations sociales							
67. Frais financiers		**368 549**						
68.Dotation aux amortissement		**336 175**						
69. TRESORERIE/Bénéfices		**2 054 114**						
Sous TOTAL				**Sous TOTAL**	**-**	**3 000 000**	**17 480 000**	**21 739 510**
Total charges (dépenses)		**42 219 510**		***Total des produits (recettes)***				**42 219 510**
			Part relative		**0%**	**7%**	**41%**	**51%**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau III : Compte d'exploitation du poste de santé de Dalaba

Compte d'exploitation PS Dalaba

Charges (dépenses)			Produits (recettes)		Etat	Collectivité locale	Partenaires	Comité santé
60. Achats	Médicaments	559 105	70.Ventes	Médicaments				616 750
	Moustiquaire			Actes médicaux				200 250
	Carburant	5 675		Moustiquaires I				
	Outils de gestion	7 600		Autres recettes				5 995
	Autres			Caisse solidarité				
61.Transport	Transport personnel / malades		71.Subvention	Affectation personnels	2 557 774			
	Autres			FDnD				
62. Services extérieurs	Maintenance locaux			FDD	321 550			
	Entretien Chaîne de froid	40 350	72.Dons	Divers dons				
	Maintenance logistique	6 650						
	Charges exceptionnelles	61 000						
	Electricité / Eau	321 550						
	Gaz							
	Divers	17 450						
66.Personnel	Rémunération	2 170 849						
	Primes/Prestations sociales	600 000						
Résultat/ Perte		- 87 910		Sous TOTAL	2 879 324	-	0	822 995
Total charges (dépenses)		3 702 319	*Total des produits (recettes)*					3 702 319
			Part relative		78%	0%	0%	22%

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau IV : Compte d'exploitation du poste de santé de Banafassi

Compte d'exploitation du PS Banafassi

Charges (dépenses)			Produits (recettes)		Etat	Communauté rurale	Partenaire	Comité santé
60. Achats	Médicaments	2 857 406	70.Ventes	Médicaments				1 255 233
	Moustiquaire	12 500		Actes médicaux				244 250
	Carburant	144 925		Moustiquaires I				595 208
	Outils de gestion	32 630		Autres recettes/ Télécentre				1 567 170
	Autres			Caisse solidarité				27 650
61.Transport	Transport personnel / malades		71.Subvention	Affectation personnels	2 755 727			
	Supervision poste vers relais	14 583		FDD médicaments	1 000 000			
62. Services extérieurs	Maintenance locaux	29 550		Sub en médicaments et divers		700 000	453944	
	Entretien Chaîne de froid	10 000	72.Dons	Divers dons				
	Maintenance logistique	165 500						
	Télécommunication	1 066 265						
	Electricité / Eau	164 250						
	Gaz	111 250						
	Divers(AGGIOS)	608 610						
66.Personnel	Rémunération	2 612 067						
	Primes/Prestations sociales	648 850						
Résultat/ Bénéfice		120 796		Sous TOTAL	3 755 727	700 000	453944	3689511
Total charges (dépenses)		8 599 182	*Total des produits (recettes)*					8 599 182
			Part relative		44%	8%	5%	43%

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBIOGRAPHIE

1. ADAMS O., SHENGELIA B., ISSAKOV A., DAL Poz M., STILWELL B, **Human, physical and intellectual resource generation – proposals for monitoring. [Production de ressources humaines, physiques et intellectuelles – propositions de mesure.]**
2. AFOGBE, K., **Rapport de l'étude sur l'utilisation des médicaments essentiels génériques (MEG)**, Ouagadougou, Ministère de la santé, 1997
3. Annie FENINA, Yves GEFFROY, **Comptes nationaux de la santé 2005**, ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale ministère de la santé et des solidarités, France, Juillet 2006
4. BARTHLLY Jean, CLUADE Tichit Ariane, Bilateral **donors and Allocation decision. Dimensional panal, memo**, Décembre 2002.
5. SERDE GOLI YAO, Analyse du financement de la dépense de santé en Cote d'Ivoire Mémoire de fin de cycle CESAG , Avril 2004.
6. BOSSERT J. Thomas: **Decentralization of health systems in latin America: A comparative studyof chile, Colombia and Bolivia**, June 2000.
7. CARCIOFI, RICARDO, OSCAR Cetrangolo, **Défis de la décentralisation: éducation et santé en Argentine et au Chili: Santiago: Nations Unies/Commission économique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes, Revue internationale de santé**, Octobre 2000,
8. CENTRE DE SANTE DE RICHARD TOLL, **Présentation du district de Richard Toll**, 1996
9. CENTRE DE SANTE DE VELNGARA, **Rapport trimestriel de monitoring**, 3ème Trimestre 2005
10. CHABOT, J. The **Bamako Initiative - Letter. Lancet, december 10.**, 1988.
11. CHABOT, J., CONOMBO, S. C., Meuwissen, L., & Yonli, L. **Rapport de l'évaluation finale du programme d'appui aux soins de santé primaires dans la région de Kaya** *(PASSPK)*, Ouagadougou, 1999
12. Diallo, I., Mc Keown, S., & Wone, I., **L'Initiative de Bamako dope les soins primaires**, Forum mondial de la santé **17, 417-420**, 1996

CESAG - BIBLIOTHEQUE

13. DIARRA Samba, **Financement de la santé par les ménages ordinaires et retard de consultation : cas de la pédiatrie de l'hôpital GABRIEL TOURE BAMAKO,** Mémoire de fin de cycle, CESAG, 2005
14. DOUCOURE Amadou, **Analyse des dépenses de santé des districts sanitaires du Sénégal de 1999 à 2002 : cas des districts sanitaires de KAOLACK, GUINGUINEO ET DE DAROU MOUSTY** . Mémoire de fin de cycle, CESAG, 2004
15. **Lafarge Hervé :** Cours Analyse des dispositifs de financement de la santé, Cours DSES Avril 2003, CESAG.
16. FABRICANT, S., KAMARA, C., & MILLS, A., **Why the poor pay more : household curative expenditures in rural Sierra Leone. International Journal of Health Planning and Management, 14(3), 179-199.**, 1999.
17. HICUBURUNDI Sosthène : **Essai de définition des critères d'allocation du Fonds de dotation destiné à la santé dans le cadre de la décentralisation au Sénégal.** Mémoire de fin de cycle, CESAG, 2003
18. KEROUEDAN, D., **Mise en place de la tarification des médicaments essentiels dans les centres de santé de base des 21 services de santé de districts de la province de Tuléar à Madagascar sur la période 1997-2000**, CLERMONT-FERRAND, France, 2000.
19. LAFARGE Herve, **Analyse du dispositif de financement de la santé,** 2006-2007 CESAG.
20. LO, Abdul Aziz, **Décentralisation de la santé et accessibilité aux soins : le cas de la ville de PIKINE**, Mémoire fin de cycle, CESAG 20006
21. MBANEFOH GF, **Financing/Ressource utilization in comprehensive review of the Zambia health reforms**. Volume 2, prepared by a joint working group from WHO, UNICEF, the World Bank and the Zambian ministry of health, May 1997.
22. MBOUP et al, 2004
23. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE DU SENEGAL, **Annuaire statistique** 2005

CESAG - BIBLIOTHEQUE

24. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE DU SENEGAL, **Enquête Démographique et de Santé I,** 1986

25. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE DU SENEGAL, **Enquête Démographique et de Santé II,** 1992

26. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE DU SENEGAL, **Enquête Démographique et de Santé III,** 1997

27. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE DU SENEGAL,**Enquête Démographique et de Santé IV**, 2005

28. MINISTRY OF HEALTH, **Accra-Ghana Health Policy and Planning**, Health sector five programme of work 1997-2001, Republic of Ghana, Septembre 2002

29. MSPM, **Rapport de présentation du décret fixant les obligations particulières auxquelles sont soumises les associations de participation à l'effort de santé publique dénommées "comité de santé",** 17 janvier 1992

30. MSPM/CAFSP, **Résultats d'une mission de contrôle du respect des marges bénéficiaires dans les régions de Dakar – Diourbel – Tambacounda**, 2006

31. OMS, MACROECONOMIE ET SANTE, **Investir dans la santé pour le développement économique**, 2002.

32. OMS, **Rapport du Département pour le développement international, Centre de ressources pour la réforme du secteur de santé, Rapport sur la santé dans le monde 2000,** 10 juillet 2000

33. OMS, **World health statistics** 2006

34. RIDDE Valéry, **L'initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé**, Octobre 2004

35. SALL Boubacar, **Analyse des déterminants des variations du niveau de recettes propres des districts de santé au Sénégal**, Mémoire fin de cycle, CESAG2005

36. MINISTERE DE LA SANTE, **Rapport financier du programme de développement intégré de la santé,** 31 décembre 2001

37. UNION AFRICAINE, SOMMET EXTRAORDINAIRE SUR LE VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME, **Une Afrique Unie pour l'Accès universel**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

aux services de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme d'ici à 2010, 2- 4 MAI 2006 ABUJA (NIGERIA)

38. COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE, OCDE Rapport juillet 1997, France

39. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION ; Bilan des activités des districts sanitaires de l'année 2002.

40. MUTUELLES DE SANTE EN AFRIQUE : Mouvement émergent ou phénomène de mode, 16 septembre 2002, Dominique Evrard

41. FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE DANS LES PAYS DU SUD, William Hsiao,Havard University, School of Public Health, 1999.

42. QUESTIONS SUR LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE EN AFRIQUE, USAID,HFS , 2003

43. BOSSERT J.Thomas, Joel Beauvais : Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and Philippines ; a comparative analysis of decision space, health Policy and planning, Avril 2002.

44. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE DU SENEGAL, L'Enquête Sénégalaise Sur Les Indicateurs De Sante 1999

CESAG - BIBLIOTHEQUE