

M0053DSES 03 (2)



**Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion**

Institut Supérieur de santé



Mémoire en vue de l'obtention  
du Diplôme Supérieur d'Economie de la Santé

**(DSES - 4<sup>ème</sup> promotion)**

**THEME**

**ELABORATION DES COMPTES NATIONAUX  
DE LA SANTE AU SENEGAL  
EN 2001**

Présenté et soutenu par

**CHARLES RAYMOND DOTOU**

Sous la direction de :

**DR LAMINE FARBA SALL,**  
Economiste de la Santé DISC/SENEGAL,  
Directeur de Mémoire

Bibliothèque du CESAG



108228

MAI 2003

M0053DSES03

# Mémoire

en vue de l'obtention du diplôme supérieur d'économie de la santé  
(DSES – 4<sup>ème</sup> promotion)

THEME

**ELABORATION DES COMPTES NATIONAUX DE LA  
SANTÉ AU SENEGAL  
2001**

# DEDICACES



Ce mémoire est dédié :

A Dieu le Père, le Fils et le Saint Esprit;

A mon père, Achille DOTOU

A ma mère, Rosine SAGNA

A Armelle, Mazzarine et Alvin

A mon Directeur de Mémoire, Farba Lamine SALL, J'ai appris....

# REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement du fond du cœur :

- ↳ Dr MO Mena, **le Maître, le Sage et le Mentor...**
- ↳ M. DRISS Zine Eddine El Idriss , **Chef de Cabinet du Ministre de la Santé du Maroc et Chef d'équipe des CNS au Maroc,**
- ↳ Mlle VAN DE MAELEN Nathalie, **Equipe CNS OMS Genève,**
- ↳ M.MWASE Takondwo, **Equipe CNS OMS Afro,**
- ↳ M.DICK Jonsson , **Equipe CNS OMS Afro,**
- ↳ Pr Ag. LAFARGE Hervé, **Maître de conférences à l'Université Paris Dauphine,**
- ↳ Dr SALL Farba Lamine, **Economiste de la Santé DISC Sénégal,**  
« C'est la rareté qui fait la valeur dicit JACQUART et l'Economiste de la Santé est rare alors... »
- ↳ M.BOSSA Akpovi Gilbert, **Enseignant au CESAG, Sentiments Eternels.**
- ↳ Dr SENGHOR Jean-Pierre, **Directeur de la Fondation d'Appui aux Initiatives de Base.**
- ↳ A Messieurs GUEYE Samba de la **Primature** et DIOP Mamadou **Délégué au Management Public,** « toute les grandes valeurs de ce monde ne dépassent pas un Grand Ami » dicit VOLTAIRE.
- ↳ Dr DIALLO Babacar, **Directeur de Centre d'Etudes Diplomatiques et Stratégiques de Dakar.**
- ↳ Dr COULIBALY Seydou, **Economiste de la Santé à l'OMS- Mali, l'initiateur de ce travail.**
- ↳ Dr BAH Alpha Mamadou , **Enseignant au CESAG ,**
- ↳ M Maguette NIANG, **Economiste à la Direction de la Coopération Economique et Financière au Ministère de l'Economie et des Finances,**
- ↳ Dr Birahim DIONGUE, **Coordonnateur du Programme National de Développement Sanitaire du Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention du Sénégal,**
- ↳ Dr Mame Cor NDOUR de la CAS/PNDS,

- ☞ M. Aymérou NDIAYE, Economiste à la Direction de la Prévision et de la Statistique au Ministère de l'Economie et des Finances,
- ☞ M. Mor DIOUF, Inspecteur du Trésor à la Direction Générale de la Comptabilité Publique et du Trésor au Ministère de l'Economie et des Finances, **l'homme clé de cette recherche.**
- ☞ Dr SAKHO Moustapha, Economiste de la Santé à l'OMS - Zimbabwe, « Holistique Economie de Santé »
- ☞ Madame CODJIA Laurence Enseignante au CESAG, **le caractère précieux de vos conseils surtout dans la méthodologie de la recherche.**
- ☞ A tout le corps enseignant, **profondes reconnaissances je ne vous décevrai pas**
- ☞ Au personnel administratif du CESAG
- ☞ Aux membres de ma famille DOTOU et de ma belle-famille EDJO,
- ☞ Aux Amis M. SOSSOU Benoît, M. AHOYO Jean-Roger, Père FAFOLAHAN Thomas , Dr GBEDJI Eugène, Dr GANDAHO Timothée, Dr Cheikh Tidiane CISSE, Mme MARA KEBE Aicha, Mme KLATT Rosalie PREIRA, GENERAL I.F BERRE Jean, Directeur de l'Hôpital Principal, M. ASSOU Raphaël.
- ☞ M. KOUADIO BENIE Marcel, Enseignant au CESAG, le formateur
- ☞ M. Serigne Cheikh Awa Balla MBACKE,
- ☞ M. Aboubacar WADE, la recherche est un processus de longue haleine
- ☞ M.Khalifa DIENG et son équipe composée de M Ousmane Bernard DIOP, Mr Alioune Badara SONKO, M.Mandiaye DIOP et Mlle Madeleine Rokhaya SARR.
- ☞ Aux Camarades de la 4<sup>ème</sup> promotion du DSES et aux membres du Collège Africain des Economistes de la Santé.

# Table des matières

Dédicaces	
Remerciements	
Table des matières	
Liste des graphiques	
Liste des tableaux	
Liste des annexes	
Liste des personnes rencontrées	
Acronymes et abréviations	
Sommaire Exécutif	
INTRODUCTION.....	1
I. CADRE DE L'ETUDE.....	2
II. ANALYSE DU PROBLEME : .....	16
III. OBJECTIFS .....	18
III.2.1. Objectif général de la recherche .....	18
III.2.2. Objectifs spécifiques .....	18
III.2.3. Cible de la recherche .....	19
III.2.4. Importance du sujet de recherche .....	19
III.2.5. Formulation du problème de recherche .....	20
III.2.6. Limites d'étude .....	21
IV. METHODOLOGIE .....	22
IV.1. Cadre Conceptuel .....	22
IV.2. Cadre opérationnel .....	29
IV.2.1. Définition des variables à l'étude et collecte des données.....	31
IV.2.1.1. Classification fonctionnelle des variables .....	31
IV.2.1.2. Sources et procédure de collecte de données .....	31
IV.2.1.3. Description des variables.....	32
IV.2.2. Collecte des données .....	33
IV.2.3. Méthode d'analyse -Analyse des données .....	37
V. RESULTATS.....	39
V.1. Le financement de la santé.....	39
V.1.1. Les matrices .....	39
V.1.2. Le niveau de la dépense de santé .....	43
V.1.3. Les Mécanismes du financement de la santé au Sénégal .....	47

V.1.3.1. Les Mécanismes du financement par l'Etat .....	47
V.1.3.1.1. La mobilisation des ressources du financement étatique vers la santé en 2001 .....	47
V.1.3.1.1.1. Les Impôts (voir graphique 11).....	47
V.1.3.1.1.2 Les Dons et les Emprunts .....	48
V.1.3.1.1.3. Le Paiement effectué les usagers .....	49
V.1.3.1.2. L' Allocation des ressources étatiques.....	49
V.1.3.1.2.1. L'Orientaion des ressources de la santé.....	49
V.1.3.1.2.2. La répartition de ressources financières orientées vers la santé .....	50
V.1.3.1.2.2.1 Répartition selon les orientations de la politique de santé.....	50
V.1.3.1.2.2.2 Répartition selon le type d'activité sanitaire.....	52
V.1.3.1.2.2.3 Répartition selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire (voir Matrice 2).....	52
V.1.3.1.2.2.4 Répartition selon la couverture sanitaire .....	52
V.1.3.1.2.2.4.1. Les infrastructures .....	52
V.1.3.1.2.2.4.2. La logistique.....	53
V.1.3.1.2.2.4.3. Les ressources humaines.....	53
V.1.3.2. Les Mécanismes du financement de la santé par les partenaires extérieurs.....	54
V.1.3.3. Les Mécanismes du financement de la santé par les sources Secondaires .....	54
V.1.3.3.1. Les Assurances .....	54
V.1.3.3.1.1. Les Assurances obligatoires .....	54
V.1.3.3.1.1.1. La Sécurité sociale .....	54
V.1.3.3.1.1.2. L'Assurance retraite .....	55
V.1.3.3.1.2. Les Assurances facultatives ou volontaires .....	55
V.1.3.3.1.2.1. Les Assurances commerciales ou Assurances privées.....	55
V.1.3.3.1.2.2. Les Mutuelles de santé.....	55
V.1.3.3.2. Les contributions communautaires au financement de la santé en 2001 au Sénégal.....	56
V.1.3.3.3. Les collectivités locales .....	56
V.1.3.4. Les Problèmes d'affectation des Ressources Financières .....	57
V.1.4. La classification fonctionnelle de la dépense de santé .....	58
V.1.4.1. La Classification fonctionnelle des dépenses publiques de santé (annexe 21) .....	58

V.1.4.2. La classification fonctionnelle des dépenses publiques de santé selon le découpage fonctionnel du MSHP .....	60
V.1.4.3. La classification fonctionnelle des dépenses privées de santé.....	61
V.1.4.4. La classification fonctionnelle des dépenses globales de santé selon le type de prestations .....	62
V.1.5. La classification économique de la dépense de santé .....	64
V.1.6. L'analyse des sources de financement .....	66
V.1.7. L'impact du financement sur la performance .....	68
V.1.7.1. La fiabilité .....	69
V.1.7.2. L'équité contributive.....	73
V.2. Les autres agrégats des CNS.....	79
V.2.1. Les matrices .....	79
V.2.2. La consommation médicale totale(CMT).....	80
V.2.3. La dépense courante de santé(DCS).....	84
V.2.4. Analyse de la CMT et de la DCS .....	86
V.3. La performance .....	88
V.3.1. Le système de santé .....	88
V.3.1.1. L'évaluation de l'efficacité : la mesure de l'amélioration de la santé .....	88
V.3.1.2. L'efficacité .....	89
V.3.1.3. Evaluation de l'équité .....	93
V.3.2. Le PDIS.....	96
V.3.2.1. L'efficacité.....	96
V.3.2.2. L'efficacité .....	99
V.3.2.3. L'équité .....	100
V.3.3. Le système de soins.....	102
VI. Commentaires .....	106
CONCLUSION .....	110
RECOMMANDATIONS.....	113
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	



## LISTE DES GRAPHIQUES

### Graphique 1 :

Les Sources de financement par type d'institution, 2001.....44

### Graphique 2 :

Les Sources de financement par nature, 2001 .....46

### Graphique 3 :

Le Dispositif de financement de soins au Sénégal en 2001.....47

### Graphique 4 :

Les Principaux problèmes pour se soigner selon le milieu de résidence en 2001  
au Sénégal.....58

Graphique 5 : Classification fonctionnelle des dépenses publiques de santé  
en 2001 au Sénégal.....63

Graphique 6 : Classification fonctionnelle des dépenses de santé 2001 .....64

Graphique 7 : La classification fonctionnelle selon les différentes  
structures fonctionnelles du MSHP. ....61

Graphique 8 : La classification économique des dépenses publiques de santé ....65

Graphique 9 : Le Diagramme de la circulation des flux financiers entre les  
sources de financement et les institutions intermédiaires. ....66

Graphique 10 :Le Dispositif de financement de soins au Sénégal en 2001.....67

Graphique 11 : La contribution des différentes sources de financement du  
budget de l'Etat au Sénégal en 2001.....69

Graphique 12 : La Répartition du financement public de la santé selon  
la pyramide sanitaire 2001 au Sénégal .....74

<b><u>Graphique13</u></b> : La répartition du financement privé de la santé selon la pyramide sanitaire en 2001 au Sénégal. ....	77
<b><u>Graphique14</u></b> : Répartition du Financement des programmes de santé en F CFA en 2001 au Sénégal.....	92
<b><u>Graphique 15</u></b> : Evolution du budget de la santé de 1998 à 2001 au Sénégal. ....	98
<b><u>Graphique 16</u></b> : Taux de non recours aux soins selon la couverture médicale et le niveau de vie au Sénégal en 2001.....	100
<b><u>Graphique 17</u></b> : Diagramme de circulation des flux des intermédiaires financiers vers les structures sanitaires.....	101
<b><u>Graphique 18</u></b> : Le financement du système de soins moderne au Sénégal : ( dépense totale de santé : 155 milliards de francs 2001) .....	102
<b><u>Graphique 19</u></b> : Comparaisons internationales des dépenses de santé /PIB.....	106
<b><u>Graphique 20</u></b> : Dépense de fonctionnement de l'exercice 2001 par source de Financement au Sénégal en Millions de FCFA .....	60
<b><u>Graphique 21</u></b> : Classification fonctionnelle des dépenses privées de santé en 2001 au Sénégal.....	62

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : La Fiabilité selon les sources de financement du budget de l'Etat. ....	70
<b>Tableau 2</b> : La fiabilité des sources parapubliques de financement de la santé. ....	71
<b>Tableau 3</b> : La fiabilité des sources privées de financement de la santé. ....	73
<b>Tableau 4</b> : L'équité contributive selon les sources de financement du budget de l'Etat. ....	75
<b>Tableau 5</b> : L'équité contributive des sources parapubliques de financement . ...	76
<b>Tableau 6</b> : L'équité contributive des sources privées de financement. ....	78
<b>Tableau 7</b> : Matrice CMT. ....	79
<b>Tableau 8</b> : Matrice DCS. ....	80
<b>Tableau 9</b> : Les Dépenses de santé au Sénégal en 2001. ....	86
<b>Tableau 10</b> : l'efficacité allocative du budget affecté aux différentes structures sanitaires en 2001 au Sénégal. ....	93
<b>Tableau 11</b> : Mesure de l'équité contributive en 2001 au Sénégal. ....	94
<b>Tableau 12</b> : Les Dépenses publiques de santé et pauvreté régionale. ....	95
<b>Tableau 13</b> : structure de dépense de santé. ....	95
<b>Tableau 14</b> : Classification sectorielle des dépenses de santé en pourcentage. ....	101

## **LISTE DES ANNEXES**

- Annexe 1** : La consommation des services sanitaires de prévention et la consommation des soins médecine préventive et hygiène en F CFA en 2001 au Sénégal.
- Annexe 2** : La situation des conventions signées dans le cadre du PDIS en 2001, en millions de f CFA
- Annexe 3** : La consommation des soins de prévention materno-infantile en 2001 au Sénégal.
- Annexe 4** : Dépenses de santé par habitant en F CFA en 2001 au Sénégal
- Annexe 5** : Exécution des dépenses de santé en 2001 par sources de financement
- Annexe 6** : Programmation 2002 par stratégie, en millions Fcfa
- Annexe 7** : Prévisions des apports des partenaires au développement de 2002 à 2004 en millions FCFA
- Annexe 8** : Le financement des programmes de santé en 2001 au Sénégal
- Annexe 9** : Crédits alloués par le MSHP et dépenses de santé par niveau en 2001 au Sénégal
- Annexes 10** : Profils sanitaires des régions en 2001 au Sénégal (I)
- Annexe 11** : Profils sanitaires des régions en 2001 au Sénégal (II)
- Annexe 12** : Evolution du taux de mortalité materno-infantile au Sénégal selon l'ESIS
- Annexe 13** : structure de dépense de santé en 2001 au Sénégal
- Annexe 14** : Répartition du budget de l'Etat en 2001 au Sénégal

- Annexe 15** : Répartition du budget alloué à la santé selon le milieu et le niveau de vie en 2001 au Sénégal
- Annexe 16** : Evolution du budget de la santé au cours des 10 dernières années au Sénégal
- Annexe 17** : Evolution du taux d'exécution des activités financées par l'Etat et les Partenaires Extérieurs en 2001 au Sénégal
- Annexe 18** : Les différents paramètres des CNS au Sénégal de 1990 à 1999
- Annexe 19** : Dépenses de santé des Ministère de l'Education Nationale, Ministère des Forces Armées et Ministère de l'Intérieur (HF).
- Annexe 20** : Les Dépenses de santé dans la Fonction publique en 2001 au Sénégal
- Annexe 21** : Classification fonctionnelle au profit du MSHP en 2001 au Sénégal.
- Annexe 22** : Indicateurs de performance du PDIS
- Annexe 23** : Plan d'opérations par stratégies du PDIS en 2001
- Annexe 24** : Calcul de l'équité contributive des ménages
- Annexe 25** : Cliniques privées, cabinets médicaux et paramédicaux privés

## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

N°	Nom Prénoms Profession	Adresse	Téléphone
1	Dr Ibra NDOYE Directeur	PNLS-MSHP	6387176
2	El Hadji Malick BADIANE Maître en Sciences de l'Information	DERF-MSHP	8641205
3	Khalifa DIENG Analyste financier	CAS/PNDS-MSHP	8230386
4	El Hadji DIOP Assistant du Secrétaire Général	Fédération Sénégalaise des Sociétés d' Assurances	8225764 8214864 8225764
5	Demba KONE Directeur Inspecteur de la Jeunesse	Projet Promotion des Jeunes- MJ BP 15634 Dakar	8221299 8218507 dembakone@hotmail.com
6	Aymérou NDLAYE Economiste	Direction de la Prévision et de la Statistique-MEFP	5384471 8246325
7	Maguette NIANG* Directeur de mémoire	DCEF-MEFP	6308129 maxou@hotmail.com
8	Amadou Hassane SYLLA Coordonnateur	CEFOREP	6341944
9	Aboubacar WADE Conseiller Technique	Ministère de l'Emploi et de la Fonction Publique du Sénégal	8232365
10	M. Pape Birame SENGHARE Responsable administratif et financier de la SNSR	Service National de la Santé de la Reproduction MSHP	8211958 6415633
11	M. Barthélemy BADIANE Gestionnaire	Association des Postes de santé privés catholiques du Sénégal. Centre St Martin Reubeuss	8217954 6319745
12	M. Mor DIOUF Inspecteur du Trésor	Direction Générale de la Comptabilité Publique et du Trésor. République du Sénégal MEF	8226290
13	Dr Bernard TAVERNE Socio-Anthropologue	IRD	8493539 6417498
14	Dr Mame Cor NDOUR Conseiller technique	CAS PNDS-MSHP	8230386
15	Dr DIACK Directeur technique	PNLP-MSHP	

16	Dr Cheikh FALL Directeur	SNGE-MSHP	
17	Dr E.O.FAYE Directeur technique SNSR	SNSR-MSHP	6394280
18	M. Aliou GAYE Statisticien -Démographe Chef de la Division des Enquêtes Démographiques et Sociales	Direction de la Prévision et de la Statistiques(DPS) MEF	8246325 6841947 6303011 agaye1@yahoo.fr
19	Pr Maguèye KASSE Directeur de la pédagogie des réformes universitaires et de la scolarité	UCAD-MEN BP 5005	8250530 6435317 e-mail : magkasse@ucad.sn
20	El Hadji Malick DIAME Statisticien -Démographe Epidémiologiste Chef de la Division des Enquêtes Sanitaires et Démographiques de la Direction de l'Enseignement de la Direction Recherche et de la Formation du MSHP	DERF-MSHP	8601205 5543287
21	LAKH N'dèye Codou Chef département Médecine privée, Médecine traditionnelle	DS- MSHP	8603286 5543287
22	FALL Aboubacry Economiste de la santé	DP-MSHP	5571394
23	SYLLA B.MOMAR Responsable ESAM	DPS-MEF	
24	Dr NDOYE Directeur	DASS-Mairie	
25	KONTE Informaticien	DASS-Mairie	
26	Boursicot Jean Conseiller Technique	DPS-MEF	8246322
27	Mbacké BA Chef du service de la comptabilité nationale	DPS-MEF	8246322
28	WANE Ibra	DES-MSHP	
29	CHOPIN Jean-Marie Conseiller Technique	DES-MSHP	
30	MBAYE Maganou Economiste	DPS-MEF	8246322
31	DIANDY Clément Coordonnateur	CARITAS	
32	BA Gestionnaire	Administration Pénitentiaire-MJ	

## **ACRONYMES ABREVIATIONS**

<b>ACP</b>	: A la Charge du Patient
<b>AF</b>	: Année Financière
<b>APH</b>	: Association pour la promotion hospitalière
<b>BAD</b>	: Banque Africaine de Développement
<b>BCEAO</b>	: Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
<b>BCI</b>	: Budget Consolidé d'Investissement
<b>BID</b>	: Banque Islamique de Développement
<b>BM</b>	: Banque Mondiale
<b>BRVM</b>	: Bourse Régionale des Valeurs Mobilières
<b>CAF</b>	: Coût Assurance Fret
<b>CAS</b>	: Cellule d'Appui et de Suivi
<b>CESAG</b>	: Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalo-universitaire
<b>CL</b>	: Collectivité Locale
<b>CMT</b>	: Consommation Médicale Totale
<b>CNLS</b>	: Conseil National de Lutte contre le SIDA
<b>CNS</b>	: Comptes Nationaux de la Santé
<b>CS</b>	: Comité de Santé
<b>CSS</b>	: Caisse de Sécurité Sociale
<b>DAGE</b>	: Direction de l'Administration Générale et l'Équipement
<b>DCEF</b>	: Direction de la Coopération Economique et Financière
<b>DCS</b>	: Dépense Courante de Santé
<b>DGCPET</b>	: Direction Générale de la Comptabilité Publique et du Trésor
<b>DDI</b>	: Direction de la Dette et de l'Investissement
<b>DES</b>	: Direction des Etablissements de Santé
<b>DGID</b>	: Direction Générale des Impôts et Domaines
<b>DPM</b>	: Direction de la Pharmacie et du Médicament
<b>DP</b>	: Direction de la Prévention
<b>DPS</b>	: Direction de la Prévision et de la Statistique
<b>DS</b>	: Direction de la Santé
<b>ECD</b>	: Equipe Cadre de District
<b>ECR</b>	: Equipe Cadre de Région
<b>EPS</b>	: Etablissement Public de Santé
<b>EPSH</b>	: Etablissement Public de Santé Hospitalier



<b>EPSNH</b>	: Etablissement Public de Santé Non Hospitalier
<b>ESAM</b>	: Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
<b>ESIS</b>	: Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
<b>FAB</b>	: Franco à Bord
<b>FAR</b>	: Femme en Age de Reproduction
<b>F CFA</b>	: Franc de la Communauté Financière Africaine
<b>FDD</b>	: Fonds De Dotation
<b>FMI</b>	: Fonds Monétaire International
<b>FNUAP</b>	: Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
<b>Hbts</b>	: Habitants
<b>IB</b>	: Initiative de Bamako
<b>ICP</b>	: Infirmier Chef de Poste
<b>IPM</b>	: Institution de Prévoyance Maladie
<b>IPRES</b>	: Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
<b>ISF</b>	: Indice Synthétique de Fécondité
<b>IST</b>	: Infections Sexuellement Transmissibles
<b>KFW</b>	: Coopération Allemande
<b>LNCM</b>	: Laboratoire National de Contrôle du Médicament
<b>MEF</b>	: Ministère de l'Economie et des Finances
<b>MEN</b>	: Ministère de l'Education Nationale
<b>MICS</b>	: Multivariate Indicators Cluster Survey
<b>MINT</b>	: Ministère de l'Intérieur
<b>MFA</b>	: Ministère des Forces Armées
<b>MJ</b>	: Ministère de la Justice
<b>MSHP</b>	: Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention
<b>Nb</b>	: Nombre
<b>NHA</b>	: National Health Accountancy
<b>OCDE</b>	: l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisme Non Gouvernemental
<b>PAC</b>	: Programme d'Appui Aux Communes
<b>PDIS</b>	: Programme de Développement Intégré de la Santé
<b>PHR</b>	: Partners Health Reform
<b>PIB</b>	: Produit Intérieur Brut
<b>PLAN INTERNATIONAL</b>	: Organisme d'assistance à l'enfance
<b>PLCME</b>	: Projet de Lutte Contre les Maladies Endémiques

PMI	: Protection Maternelle et Infantile
PNDS	: Programme National de Développement Sanitaire
PNA	: Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNB	: Produit National Brut
PNLS	: Programme National de Lutte contre Le Sida
PRA	: Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	: Poste de Santé
PTIP	: Programme Triennal d'Investissement Public
RM	: Région Médicale
SIDA	: Syndrome Immuno - Déficitaire Acquis
SLAP	: Service de Lutte Anti- Parasitaire
SMIG	: Salaire Minimum Inter Professionnel Garanti
SNAN	: Service National de l'Alimentation et de la Nutrition
SNEP	: Service National de l'Education pour la Santé
SNGE	: Service National des Grandes Endémies
SNH	: Service National de l'Hygiène
SR	: Santé de la Reproduction
SSP	: Soins de Santé Primaires
SSS	: Soins de Santé Secondaires
TBFG	: Taux Brut de Fécondité
TBN	: Taux Brut de Natalité
TBM	: Taux Brut de Mortalité
TMI	: Taux de Mortalité Infantile
TMM	: Taux de Mortalité Maternelle
TTC	: Toute Taxe Comprise
TVA	: Taxe à la Valeur Ajoutée
UEMOA	: Union Economique Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	: Programme des Nations Unies pour l'Enfance
US \$ ou USD	: Dollar Américain
USAID	: Coopération Américaine
VIH	: Virus d'Immuno - déficience Humain

## Sommaire Exécutif

### Envergure du financement

D'une façon générale, plusieurs pays sont en train de réformer leurs systèmes de santé en essayant d'améliorer l'efficacité et la gestion des services de santé de même que la mise à disposition de ces services, surtout en faveur des démunis. Les systèmes de santé gagnant en envergure et en complexité, les décideurs ont besoin d'être outillés pour obtenir une meilleure gestion de leurs ressources en santé. Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) sont un instrument utilisé pour suivre la trace des fonds au niveau du secteur de la santé, contribuant ainsi à de meilleures stratégies[11,48].

Les CNS ont été mis en place dans plus de 68 pays à travers le monde[11,12,40]. Bien que récemment introduit dans plusieurs pays à revenus faibles ou intermédiaires, les résultats des CNS ont déjà eu leur impact sur les stratégies dans le secteur de la santé dans ces pays. De manière générale, les CNS ont été utilisés pour suivre et évaluer des actions dans le domaine des soins de santé, contribuer à la phase de conception des stratégies et à leur mise en œuvre, et éclairer la concertation au niveau des politiques de santé. Les CNS ont aussi été conçus pour traiter des questions spécifiques de stratégie, telles que le manque d'équité au niveau du secteur de la santé en Afrique du Sud et les modèles de dépenses pour les services du VIH/SIDA au Rwanda [12].

Ce travail a pour objectif d'apporter une contribution au développement de cet outil dans notre pays. L'adoption de la démarche des CNS et sa systématisation apporterait aux décideurs, un cadre permettant de moduler les ambitions des programmes et d'attirer leur attention sur les capacités réelles de financement du système compte tenu de l'évolution probable des ressources au cours de la période.

La dépense globale de santé a atteint un peu plus de 155 milliards F CFA en 2001. C'est-à-dire près de 16 500 F CFA par habitant 22,5 US \$ au taux de change courant 2001 ou 67 US \$ en terme de parité de pouvoir d'achat. Elle représente à peine 4,6% du PIB. Ce qui constitue un décalage par rapport à la moyenne enregistrée dans la plupart des pays africains, 5,4% [36].

Le niveau de la consommation médicale a atteint, quant à lui près de 108milliards de F CFA durant la même période, soit environ 11175 F CFA par habitant et par an. La faiblesse de la consommation médicale est constatée dans un contexte de cherté des soins et du médicament.

A titre illustratif :

- ✓ Le coût moyen d'une ordonnance médicale atteint près de 6800 F CFA, soit l'équivalent de six journées de travail rémunérées au Salaire Minimum (SMIG) ou 2% du PIB per capita. Ce coût moyen est le

rapport du coût total des biens médicaux pharmaceutiques consommés sur la population totale du Sénégal en 2001.

- ✓ Une consultation chez un médecin spécialiste coûte en moyenne 13000 F CFA, soit l'équivalent de deux semaines et demi de travail rémunéré au SMIG ou 1,2 % du PIB per capita.

Ce qui signifie que ce sont plutôt les quantités (le recours aux soins et l'accès aux biens médicaux), et non les prix, qui sont faibles et qui sous-tendent l'indigence du niveau de la consommation médicale et celui de la dépense globale de santé.

## **Sources de Financement de la Santé**

---

L'analyse des sources de financement met en exergue l'iniquité du financement de la santé au Sénégal en raison de la forte part des paiements directs des ménages qui s'élève à 37% de la dépense globale de santé [5,6,7]. Les coûts du système de santé sénégalais ne sont donc pas répartis selon les capacités de paiement des individus à travers un mécanisme de mutualisation du risque ou de solidarité nationale mais plutôt en fonction du risque maladie supporté essentiellement par les paiements directs des ménages<sup>1</sup>. Ce type de financement fragmenté engendre, par ailleurs des difficultés de contrôle, de régulation et de maîtrise du système national de santé.

### **Sources de Financement par type d'institution**

Les sources de financement principales sont constituées par les Ménages et l'Etat. Les premiers sont à l'origine de 37% des dépenses avec un important transfert de fonds. Dans une moindre mesure, l'intervention de l'Etat dans le financement de la santé est assez similaire, mais elle se limite à 22% de la dépense globale de santé.

Les autres sources de financement sont beaucoup moins importantes, à savoir 3% pour les entreprises privées, 2% également pour les entreprises et Etablissements publics, 1% pour les Collectivités Locales (CL) et 9% pour la coopération internationale.

### **Sources par nature du financement**

L'analyse de la structure des ressources du système national de santé par nature de financement montre que la part la plus importante demeure celle des ménages, alors que l'Etat n'est à l'origine que du quart des dépenses globales de santé. Les ménages

---

<sup>1</sup> Dans la section sur « l'équité de la contribution financière aux systèmes de santé », le Sénégal est classé (59<sup>ème</sup> rang) par l'OMS.

paient assurent même leurs dépenses subsistance en milieu hospitalier . Quant aux autres sources de financement, elles restent marginales : 5% pour les employeurs (hors Etat et Collectivités Locales) et 9% pour la coopération internationale.

---

## **Classification fonctionnelle des Dépenses des Prestataires**

L'analyse fonctionnelle des dépenses des prestataires de biens et services médicaux fait ressortir les observations suivantes :

- Quel que soit le type de classification, le poste Pharmacie reste toujours le plus important. Le système national de santé consacre plus de 40% à l'achat de médicaments et biens médicaux en tant que bien de consommation finale par le patient et non pas en tant qu'intrant utilisé par les professionnels de santé dans le cadre des soins (il existe d'autres dépenses en médicaments qui sont comprises dans les soins hospitaliers et ambulatoires).
- Les soins ambulatoires représentent près de 38% des dépenses du système national de santé. Néanmoins, il faut préciser que ces taux prennent en considération l'hypothèse que les examens et consultations externes ainsi que les urgences sont considérées comme des soins ambulatoires. Si on intègre ces prestations aux soins hospitaliers, les poids respectifs des deux types de soins se trouveraient inversés (20% pour les soins ambulatoires).
- Le capital et la formation du capital représentent 12% des dépenses.
- La prévention sanitaire collective, quant à elle, demeure négligée alors que les besoins à ce niveau sont considérables surtout dans les milieux défavorisés.
- La formation, la recherche et l'enseignement ne représentent que un faible pourcentage des dépenses de santé.

## **Introduction**

La santé est un droit fondamental dont tout citoyen devrait pouvoir bénéficier indépendamment de son revenu et de son statut social et que tout Etat devrait s'employer à faire respecter. Mais si la santé n'a pas de prix, elle a un coût ; en effet, les besoins sont immenses et les ressources limitées.

L'importance du financement de la santé dans les interventions sanitaires a mis en exergue deux situations :

- la multiplicité des intervenants, qui est à l'origine d'une redondance dans le financement des activités, d'un manque de lisibilité et d'une utilisation des ressources dont la rationalité n'est pas prouvée ;
- l'utilisation non efficiente des ressources, qui est l'origine des réformes sur le financement parmi lesquels les plus récentes sont les Comptes Nationaux de la Santé (CNS), qui ont été fortement recommandés comme outils de rationalisation des interventions[23,36].

Ces CNS consistent à concevoir des méthodes d'agrégation des informations économiques relatives au secteur de la santé et à faire l'analyse des relations macro-économiques que l'on peut établir entre la santé et l'économie[19]. Ils s'attachent à analyser l'organisation de la production et le financement de la fonction santé. Leur élaboration va mettre en place un outil qui offre un cadre permettant de mesurer les dépenses totales de santé, tant publiques que privées, y compris celles des ménages. Ils vont faciliter avec le temps les analyses du financement des dépenses de santé dans les pays et entre les pays et vont contribuer à appuyer les activités mondiales sur la performance des systèmes de santé, le financement juste, les évaluations des réformes du secteur de la santé et les stratégies de santé et de réduction de la pauvreté[8,9,15].

La première partie de l'étude sera consacrée à l'introduction où nous allons présenter la problématique, les objectifs poursuivis, la méthodologie, l'état des connaissances et les limites de ce travail. Nous aborderons ensuite les résultats où nous allons développer les aspects relatifs à la réalisation des CNS, les matrices, les graphiques et leurs commentaires. Nous présenterons enfin les leçons apprises dans l'exercice et pour le système de santé avant d'exposer la conclusion et nos recommandations sur les perspectives d'avenir des CNS du Sénégal.

## I. CADRE DE L'ETUDE

Ce cadre d'étude est composé de deux grandes parties. Une première partie qui est une revue de littérature sur les CNS et une seconde partie qui se consacre à l'analyse situationnelle du financement de la santé au Sénégal.

La revue de la littérature montre que la classification des dépenses de santé était basée sur ces entités qui financent (sources), celles qui paient les entités fournissant les soins (intermédiaires financiers), et ces entités qui procurent les soins (prestataires).

Les pays qui réalisent les CNS, les utiliseront dans leurs prises de décisions quotidiennes sur le suivi des systèmes de santé et aussi comme bases factuelles dans la formulation des politiques.

Quelles sont les sources de financement de ces dépenses publiques et privées ? Comment a évolué la contribution de chacun d'eux ? Comment alors comprendre la politique de ce pays en matière d'allocation des ressources ?

Dans un autre sens, G. Carrin [24] soutient qu'une vision globale des ressources disponibles pour la santé facilite le développement de politiques et de stratégies adéquates pour son financement. Cette approche commence par l'établissement d'un inventaire complet des ressources qui sont utilisables pour la santé. Une fois déterminés, les différentes sources et le niveau de financement des soins de santé, une analyse microéconomique doit être entreprise pour assurer l'allocation des ressources[34]. C'est ainsi que deux études ont été réalisées sur les dépenses de santé dont la première porte sur l'examen des dépenses publiques du secteur de la santé en Côte d'Ivoire[3] et la seconde, sur le budget du secteur public de la santé en Guinée (Conakry)[24,25]. Avant de passer en revue ces études se rapportant aux dépenses de santé, précisons d'abord ce qu'on entend par dépenses de santé. Dans la littérature des Comptes Satellites de la Santé, la dépense de santé<sup>1</sup> se définit comme étant l'ensemble des versements intervenus durant une année au titre de la santé. Elle se décompose en dépense courante de santé et en dépense en capital. La dépense courante de santé regroupe les dépenses pour les malades

<sup>1</sup> Comptes Nationaux de la santé, Rapport juillet 1997 ( France)

(dépenses de soins et biens médicaux, dépenses d'aide aux malades, dépenses de subvention au système de soins), les dépenses de prévention (dépenses de prévention individualisable et dépense de la prévention collective), les dépenses en faveur du système de soins (recherche médicale et pharmaceutique, formation de professionnels de la santé) et les dépenses de gestion générale du système de santé. Les dépenses en capital quant à elles se rapportent à la valeur des biens durables acquis par les unités de production des prestations sanitaires.

- ❖ L'examen des dépenses publiques de santé en Côte d'Ivoire a consisté en une analyse du budget ordonnancé de la période 1992-1994, représentant les dépenses effectives de l'Etat dans le secteur et du budget voté pour l'année 95 en tant que prévision de dépenses[21,40]. La collecte des données s'est faite sur consultation des documents du Ministère de l'Economie et des Finances et du Ministère de la Santé. Quant au budget d'investissement, il a été examiné sur la base de sa ventilation selon les niveaux du système et selon les régions sanitaires.

Les résultats de cette étude ont montré que sur la période (1992-1994), la part des dépenses de fonctionnement n'a augmenté que très légèrement passant de 9.3% du budget général de fonctionnement de l'Etat en 1992 à 9.6 % en 1994.

Pour pallier aux difficultés constatées dans le fonctionnement des structures, l'Etat a mis un accent particulier sur les dépenses non salariales. Ainsi le ratio dépenses non salariales / dépenses salariales a évolué de 36.1 % en 1992 à 45.3 % en 1994. La répartition par niveau des dépenses de fonctionnement révèle l'augmentation du poids du secteur primaire dans les dépenses non salariales ( 18 % en 1992 et 27 % en 1994). La raison évoquée pour le niveau primaire est la mise en œuvre du programme de renforcement de ce niveau, financé notamment par l'UNICEF, le Fonds d'Aide et de Coopération (FAC) et la KfW (coopération allemande).

- ❖ Quant à l'étude faite en Guinée, elle a porté sur la période 1985-1992. Les données sur les dépenses publiques de santé ont été obtenues à partir des documents du Ministère de l'Economie et des Finances, du Ministère du plan et de la Coopération internationale. Ces dépenses courantes de santé ont suivi que partiellement la hausse du Budget de l'Etat. La part des dépenses courantes de



santé est par exemple passée de 4,8% du budget de l'Etat en 1985 à 3% en 1986. Cela est le fait de la lente progression des dépenses de santé par rapport au budget de l'Etat. Cette étude a mis en évidence l'importance de la masse salariale (83,6%) en 1991 dans les dépenses courantes. Une part très faible est accordée aux autres dépenses (produits pharmaceutiques, maintenance du matériel). Sur la même période, les dépenses d'investissement ont connu une perturbation. A titre d'exemple, ces dépenses, en valeur réelle ont augmenté de 10,2 % en 1990 mais baissées de 5,8 % en 1991 et elles devraient progresser de nouveau de 14,6 % en 1992.

D'autres types d'études retenues sur le financement de la santé ont été réalisées en Guinée Bissau et au Népal. Ces études ont identifié toutes les sources de financement des dépenses de santé[24,25].

- ❖ Le cas de la Guinée Bissau (1990) a révélé que les services de santé sont financés presque entièrement par des fonds provenant des sources publiques. La contribution des ménages est estimée à moins de 3 % des dépenses totales. Cette situation s'explique par le fait que les soins sont presque gratuits dans les formations sanitaires, sauf dans les centres de santé participant au programme de l'Initiative de Bamako. L'assistance étrangère finance des projets (12,9%) qui recouvrent aussi bien des dépenses récurrentes que des dépenses d'investissement.
- ❖ Le cas du Népal a porté sur les années (1984-1985). Les résultats de cette étude montrent que les sources publiques ont financé à hauteur de 18,6 % l'ensemble des dépenses de santé tandis que la participation des bailleurs s'élève à 10,4 %. Le reste est financé par les ménages soit 70,9 % une part très appréciable.

La présente revue documentaire a recensé quelques études de cas de CNS se rapportant à des pays en voie de développement. A ce jour, l'étude des CNS a été menée dans plus de 50 pays à moyen ou à faible revenu. En dépit de l'introduction récente des CNS, ses résultats ont commencé à affecter les politiques du secteur sanitaire dans le monde.

En Afrique du Sud[33,36,40], après l'abolition de l'apartheid, le gouvernement a utilisé les résultats des CNS pour aborder un de ses objectifs politiques majeurs, une distribution plus équitable des ressources de la santé.

Les résultats ont montré que la dépense de santé moyenne du gouvernement par personne était 3,6 fois supérieure dans les régions pauvres. Les régions les plus pauvres, qui tendent à être des zones avec beaucoup plus de problèmes de santé, étaient d'un accès géographique très difficile pour les agents de santé, les hôpitaux et les cliniques. En réponse à cette situation, le gouvernement ordonna un moratoire pour la construction d'un hôpital privé, qui était d'habitude construit dans les zones les plus riches qui déjà, avaient un plus grand accès aux soins de santé. Le moratoire fut seulement appliqué quand les décideurs politiques ont initié des lois exigeant une évaluation des besoins quand la construction d'un hôpital est proposé, dans le cadre de l'effort de redistribution des ressources. Le moratoire a illustré le vœu du gouvernement de jouer un rôle plus actif dans la coordination et la régulation de l'utilisation des ressources aussi bien publiques que privées dans le but d'arriver à une répartition plus équitable des ressources de la santé.

Aux Philippines [48], les CNS étaient utilisés pour évaluer l'impact de la décentralisation des systèmes de santé commencée en 1993. Avant les réformes, le financement du gouvernement central et régional pour les soins de santé publique (services, telle que la vaccination) était minime avec en réalité le financement du gouvernement central qui diminue. Les études des CNS, menées en 1991-1997, avant et après décentralisation, ont montré qu'après réformes, les dépenses du gouvernement en soins de santé publique ont en réalité diminuée de 35% à 25% du financement de santé du gouvernement. Ceci est pour une grande part dû à l'augmentation du financement de la part des gouvernements locaux, qui en 1997, avait alloué plus de la moitié de leurs ressources aux soins de santé publique. Ainsi les CNS ont révélé que la décentralisation n'avait pas affecté les dépenses de santé publique des gouvernements. En effet, les dépenses ont augmenté au niveau local. Les CNS et en particulier son exécution annuelle, fournissent une vue significative de l'impact des soins de santé décentralisés.

Au Liban[11], les résultats des CNS de 1998 ont mis en exergue les dépenses excessives en soins de santé (12,5% du PIB) de loin plus élevées que dans les pays à revenu moyen avec des caractéristiques socio-économiques similaires. Une enquête sur les raisons de ces dépenses élevées, a montré que la politique de « paiement à l'acte », dans laquelle le gouvernement, à l'absence de prestataires de soins de santé publique, autorisaient des personnes à se faire soigner dans les structures privées et à être remboursées par le gouvernement était à l'origine de cette situation.

Cette politique a contribué à des coûts élevés. Par conséquent, le gouvernement libanais est entrain de mettre en place des réformes pour le paiement des prestataires. Il va introduire un système de paiement per capita et un barème de prix. Il identifiera aussi des procédures médicales qui peuvent être menées en consultation externe ou sur la base du nombre de jour, au lieu de consultation interne qui est plus chère.

En juin 2002, les partenaires de la réunion sur les CNS, organisée à Nairobi au KENYA, se sont rendus compte de la valeur ajoutée des CNS quant à leur utilisation dans l'élaboration de politiques, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de santé[36].

L'analyse comparative ( The East and Southern Africa NHA Network, 2001) des dépenses de santé dans les pays d'Afrique de l'Est et du Sud a porté sur neuf pays[36]. Les résultats montrent qu'en moyenne, dans ces pays, 5,4% du PIB est consacré aux dépenses de santé et 7,2 % des dépenses de l'Etat vont à ce secteur. Le financement par les ménages s'élève à 43 %, l'Etat 30% et les donateurs 27 %. La répartition par niveau de soins donne 23 % au niveau tertiaire, 52 % au secondaire et 25 % au primaire.

Une des insuffisances de cette étude, c'est le fait de n'avoir porté que sur des données d'un seul exercice budgétaire. Une étude portant sur des données de longue période serait mieux adaptée pour voir les réels écarts entre les pays et comprendre certains problèmes spécifiques aux systèmes de santé de certains pays.

En Iran[11], les CNS ont montré que les dépenses en soins des ménages par tête d'habitant sont restées relativement stables dans les années 1990 alors que les dépenses du gouvernement par tête d'habitant ont baissé, après fluctuations. Les CNS ont par ailleurs décelé que les dépenses sur les hôpitaux privés étaient plus élevées que sur toute autre catégorie de fournisseur. C'est ainsi qu'en 1998, les dépenses en hospitalisations privées ont atteint le quart des dépenses en hospitalisations publiques. De pareilles situations indiquent que les ménages préféraient chercher des soins hospitaliers au niveau du secteur privé, malgré des coûts anormalement plus élevés.

En Egypte, les résultats des CNS ont été utilisés pour identifier des problèmes ; servir comme catalyseur du changement et agir comme instrument de plaidoyer pour susciter des actions[41]. Ces CNS ont montré que l'Egypte avait dépensé près de 4% de son PIB en soins de santé, avec des dépenses directes des ménages atteignant presque 50% des dépenses totales. De plus, la charge des dépenses au niveau des ménages était répartie de manière très inégale, avec les pauvres dépensant une grande partie de leurs revenus pour leur santé.

Le Rwanda a étendu ses CNS en y incluant une analyse spécifique liée au VIH/SIDA[12]. Les résultats des CNS ont montré que les ménages étaient la première source (93%) de financement pour les frais en soins de santé liés au VIH/SIDA. Ces résultats ont montré que les bailleurs n'investissaient pas assez dans les programmes du VIH/SIDA.

Au Mali, S.O. Coulibaly et al. en 1993 ; après avoir obtenu une première information sur les dépenses privées de santé et une seconde sur les sources de financement du secteur de la santé, ont pu réaliser sur la période allant de 1988-1991, les CNS du Mali[20]. Ils ont remarqué que les sources de financement nationales affectent essentiellement leurs ressources aux coûts récurrents tandis que les sources de financement extérieures se consacrent aux dépenses d'investissement. Leur analyse débouche sur la conclusion qu'il serait souhaitable de tenir compte de certaines réalités comme « le financement institutionnel va aux hôpitaux au détriment des services de santé de base », pour définir des critères objectifs permettant une répartition plus équitable des ressources. Ces CNS permettent également de tenir compte dans les années à venir du désengagement de l'Etat dans les dépenses de santé.

Une revue des bénéfices découlant des dépenses publiques consacrés aux soins curatifs dans 7 pays africains (Afrique du Sud, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar et République Unie de Tanzanie) démontre que la subvention d'une consultation à l'établissement de Soins de Santé Primaire est moins onéreuse pour un gouvernement qu'une consultation à l'hôpital, et les consultations ambulatoires sont considérablement moins coûteuses que les soins hospitaliers[8,11,15]. Par ailleurs, les établissements publics dispensent plus des deux tiers des soins médicaux dans ces pays. Les pauvres ont tendance à se rendre dans ces établissements publics mais les plus favorisés le font aussi, étant donné la lenteur

avec laquelle se développent les soins de santé privées dans la plupart de ces pays[27]. Les dépenses de santé consacrées aux soins curatifs en Afrique ne sont pas destinées uniquement aux plus pauvres. Les gouvernements consacrent une part importante de leur budget de santé aux services hospitaliers, que les pauvres utilisent rarement[29].

Le Sénégal, du point de vue milieu naturel, est situé à l'extrême Ouest du continent africain et fait partie de la zone Soudano - Sahélienne. Son relief est plat à sols sablonneux dont l'altitude ne dépasse guère 100 m qu'à l'extrême Sud -Est dans le département de Kédougou. Il est situé à l'extrême ouest du continent africain avec une façade maritime de 531 Km sur l'Atlantique Nord ; il entretient 2640 Km de frontières avec la Gambie, la Guinée, la Guinée Bissau, le Mali et la Mauritanie. La superficie du Sénégal est de 196190 Km<sup>2</sup>, composé en grande partie de savanes avec une variation sensible du Nord (semi-désertique) au Sud (semi-forestier).

Son climat est caractérisé par l'alternance d'une saison sèche d'octobre à juin et d'une saison de pluies de juillet à septembre. La pluviométrie augmente du Nord au Sud. Son réseau fluvial comporte trois grands cours d'eau : le fleuve Sénégal frontière naturelle avec la Mauritanie au Nord et le Mali au Nord - Est ; le fleuve Sine - Saloum au centre et le fleuve Casamance au Sud. Par ailleurs, il existe un lac, celui de Guiers dans la région de Louga qui alimente en eau domestique et industrielle les régions de St louis, Louga, Thiès et Dakar.

Sur le plan démographique, la population totale du Sénégal est estimée à 9 800 000 habitants en 2001. Le taux d'accroissement moyen annuel est le reflet d'une croissance démographique de 2,7%. La fécondité reste à un niveau élevé et stable et l'Indice Synthétique de Fécondité(ISF) est de 5,7 enfants en 1999 [23].

Le taux Brut de Natalité (TBN) est estimé à 36 pour 1000. Il est de 30 pour 1000 en milieu urbain et de 40 pour 1000 en milieu rural. Le taux global de Fécondité (TGFG) est de 172 pour 1000 et vaut 126 pour 1000 en zone urbaine et 208 pour 1000 en milieu rural. Le Taux Brut de Mortalité (TBM) est estimé à 18 pour 1000. L'espérance de vie à la naissance (e0) est estimée à 54 ans. La mortalité infantile reste élevée et est estimée à 70 pour 1000. Le taux de mortalité juvénile est à 80,9 pour 1000 en constante progression. Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de

139 à 145 pour 1000 en 2000. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 510 pour 100000 naissances vivantes reste très élevé[22].

**La Composition et la Répartition de la population** montre que la structure par âge est jeune : 47% ont moins de 15 ans et seulement 5% ont plus de 65 ans. La pyramide des âges est caractéristique d'une population jeune. La densité moyenne nationale est de 48 habitants(hbts) au km<sup>2</sup>. Les enfants âgés de moins d'un an ainsi que ceux de 1-4ans, les femmes en âge de reproduction (FAR) représente respectivement 3,6%, 16% et 23% de la population générale. Les femmes constituent 52% de la population générale. La population est composée de groupes ethniques qui vivent en parfaite harmonie ; il s'agit des Ouolofs(43%), des Poulars (23%), des Sérères(15%), les Diolas et les Mandingues(10%) et les Autres(9%).

La population est majoritairement analphabète ; le taux d'analphabétisme est de 56,1% pour les femmes et 28% pour les hommes. L'enquête sur la pauvreté menée en 1999, révèle que la proportion de sénégalais vivants dans la pauvreté est de 29% au niveau des ménages et de 33% au niveau des individus.

**La politique de santé du Sénégal** est basée essentiellement sur les Soins de Santé Primaire. Sur le plan fonctionnel, les infrastructures de santé de base se présentent sous une forme pyramidale constituée à la base par les postes de santé (niveau village, communautés rurales), les centres de santé (niveau commune), les hôpitaux de région (niveau région) et le CHU (niveau national). Les couvertures restent en deçà des normes préconisées par l'OMS.

Le Sénégal, parmi ses exigences, la satisfaction accrue de la demande sociale pour une amélioration significative des conditions de vie des populations constitue un des objectifs de la politique générale[31,36,39,45]. Au plan des dépenses, l'extension progressive au secteur de la santé des budgets par objectif et la mise en cohérence des programmes d'investissement sectoriels constituent les nouvelles stratégies. En ce qui concerne l'évolution des grandes masses du budget de l'Etat, les dotations budgétaires pour les secteurs sociaux de base ont été sensiblement améliorées. C'est ainsi que, le secteur de la santé a bénéficié en 2001 de mesures nouvelles afin d'assurer une meilleure couverture sanitaire aux populations. Ces dotations représenteront un taux de 8,37% des dépenses budgétaires totales en 2001 [32,33].

Depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 1997, les collectivités locales (région, communes, communes d'arrondissement et communautés rurales) ont acquis le plein exercice de leur responsabilité de gestion. Le secteur de la santé fait partie des domaines de compétences transférées aux collectivités locales qui reçoivent en conséquence des fonds de dotation (FDD) pour couvrir les frais de fonctionnement des structures sanitaires à leur charge. Le Sénégal compte 433 collectivités locales dont 320 communautés rurales et 113 communes.

La mise en exergue des nouvelles orientations s'appuie sur l'approche Programme traduite à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 1998/2007[39]. Dans cette approche programme, le département a élaboré un Programme de Développement Intégré de la Santé qui couvre les priorités des cinq premières années.

Les problèmes identifiés par le PNDS sont au nombre de 7 :

- 1- la mortalité infanto-juvénile élevée,
- 2- la mortalité maternelle élevée,
- 3- l'indice synthétique de fécondité relativement élevé,
- 4- la santé précaire des adolescents,
- 5- la persistance des endémies locales,
- 6- la recrudescence des affections à longue durée,
- 7- l'accentuation de la pauvreté.

Les activités prévues dans le PNDS sont résumées en 11 orientations stratégiques retenues pour atteindre des objectifs prioritaires qui sont : la réduction de la mortalité infanto-juvénile, la réduction de la mortalité maternelle, la baisse de l'indice synthétique de fécondité. Ces orientations stratégiques sont : l'assainissement de l'environnement juridique et réglementaire du secteur, l'amélioration de l'accessibilité des services, l'amélioration de la qualité des soins, le développement des ressources humaines, l'accroissement des performances des programmes de santé de la reproduction, le renforcement du contrôle des maladies endémiques et de la surveillance épidémiologique, la promotion des mesures de protection individuelle et collective par l'hygiène et l'assainissement, l'appui au secteur privé et à la médecine traditionnelle, le développement de la recherche opérationnelle, la réduction de la pauvreté et l'appui institutionnel au niveau central, régional et district.

C'est ainsi que plusieurs réformes ont été initiées pour améliorer l'organisation du système de santé au Sénégal. Ces réformes s'inscrivent dans le cadre des principes généraux de la politique de soins de santé primaires qui reposent sur huit composantes : l'éducation concernant les problèmes de santé, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, l'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale, la vaccination contre les maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes, et la fourniture de médicaments essentiels.

Les centres de santé sont au nombre de 53 pour 50 districts. Il existe au moins un centre de santé pour chaque département du Sénégal. Les centres de santé du Sénégal supportent en moyenne 162 000 personnes. La norme de l'OMS est de 50 000 personnes par centre de santé.

Le poste de santé (PS) est un maillon important dans le système de santé. En dehors des actions d'éducation et de prévention, il offre aux populations un paquet minimum de soins de base. La participation des populations y est mieux organisée. Le nombre de postes a considérablement augmenté au cours des deux dernières années. De 733 en 1994, le nombre de postes de santé est passé à 768 en 1996 soit un PS pour 11160 habitants. En moyenne, le rayon moyen d'accès à un poste de santé est de 9,3 km pour l'ensemble du pays. En réalité cette moyenne cache d'importantes disparités régionales. Elle passe de 1,5 km à Dakar à 15,5 km à Tambacounda. La norme est fixée à 5 km par l'OMS. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs lieux de communauté rurale ou les villages relativement peuplés. Ils peuvent polariser des infrastructures communautaires (cases et maternités rurales). Le poste de santé est dirigé par un infirmier chef de poste (ICP).

Le District sanitaire est une zone géographique opérationnelle pouvant épouser une circonscription administrative départementale ou une partie de cette circonscription. Le District comprend au moins un centre de santé et un certain nombre de postes de santé. Il est dirigé par un médecin-chef de District.

La région médicale est la structure de coordination au niveau régional. Elle correspond à la région administrative. Elle est dirigée par un médecin-chef de région qui anime l'équipe cadre composée de l'ensemble des services régionaux de santé.



Le **niveau central** comprend en plus du cabinet du Ministre, les directions et les services rattachés. On compte six directions qui sont :

- la Direction de la santé, (DS)
- la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement, (DAGE)
- la Direction de la Pharmacie et du Médicament, (DPM)
- la Direction des Établissements Publics de Santé, (DES)
- la Direction des Études, de la Recherche et de la Formation, (DERF)
- la Direction de la Prévention (DP)

Le **découpage fonctionnel du MSHP** montre qu'il est composé :

- des Soins de Santé Primaires (SSP) correspondant au niveau District de Santé,
- des Soins de Santé Secondaires (SSS) correspondant au niveau Hôpital, avec des Établissements Publics de Santé Hospitaliers (EPSH), des Établissements Publics de Santé Non Hospitaliers (EPSNH) et des Établissements Publics de Santé à caractère particulier.
- de l'administration générale qui couvre la Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE) et la Région Médicale (RM),
- des affaires générales de santé qui comportent la Direction de la Santé (DS), la Direction des Établissements Publics de Santé (DES) et la Direction de la Prévention (DP),
- de la formation avec la Direction des Études, de la Recherche et de la Formation (DERF), l'École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS) et de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie,
- de la Pharmacie et du Médicament avec la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et du Laboratoire National de Contrôle du Médicament (LNCM).

Le **système de référence** est organisé de la manière suivante :

- les postes de santé assurent les soins de base,
- les centres de santé se situent au second niveau,
- les hôpitaux qui constituent la référence des structures précitées, dispensent des soins spécialisés,
- les hôpitaux communaux, départementaux et régionaux assurent la prise en charge des cas référés,
- les Centres Hospitalo-Universitaires représentent le dernier recours.

L'effort de coordination des interventions et l'intégration des activités que tente de réaliser le MSHP est suivi par la mise en place de la Cellule d'Appui et de Suivi du Programme National de Développement Sanitaire(CAS/PNDS). Le PDIS qui couvre la période 1998-2002 est la traduction concrète des priorités en matière de santé. En plus des infrastructures sanitaires du MSHP, on distingue celles relevant des autres départements ministériels qui sont :

- Le Ministère de l'Education Nationale,
- Le Ministère des Forces Armées,
- Le Ministère de l'Intérieur,
- Le Ministère de la Fonction Publique,
- Le Ministère de la Justice,
- Le Ministère de l'Economie et des Finances.

Le secteur privé fait partie intégrante du système de santé. Il est naturellement sous l'autorité du Ministre chargé de la santé. Le système privé de santé se compose :

- du privé lucratif qui comprend : les infirmeries, les cabinets médicaux et dentaires et les cliniques.
- du privé non lucratif qui comprend : les postes de santé privés catholiques, les infirmeries et cabinets d'entreprises, l'hôpital Saint Jean de Dieu et le Dispensaire ophtalmologique de Bopp.
- de la médecine traditionnelle.

Il existe également des infrastructures sanitaires et sociales relevant des autres ministères par exemple : Centre Médico-Social des fonctionnaires, les infirmeries de garnison, le Centre Médico-social des Douanes, le Centre Médico-Scolaire ... Il existe 10 secteurs de grandes endémies, 4 instituts spécialisés (Institut National d'Hygiène, Institut d'Hygiène et Social, Institut de Léprologie Appliquée de Dakar, Institut Pédiatrique Sociale), 1 Dispensaire Itinérant Ophtalmologique, 3 Villages Psychiatriques, 13 Léproseries, 1 Centre d'Appareillage, 1 Centre d'Education et de Réadaptation, 1 Service de Lutte Anti-Parasitaire, 2 Polices Sanitaires aux frontières et 8 Services Régionaux d'Hygiène.

Par ailleurs, il existe 1 Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, 4 Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (Saint-Louis, Kaolack, Ziguinchor et Tambacounda), 380 Dépôts Pharmaceutiques Privés, 125 Dépôts Pharmaceutiques Publiques, 600 Officines, 3 Grossistes-Répartiteurs de médicaments importés ou

produits localement. 2 Unités de Production Pharmaceutique implantées dans la région de Dakar.

**Le Financement de la santé au Sénégal [1,2,6,21,28,45]**: l'analyse du financement public de la santé montre que d'importants efforts financiers ont été consentis au cours de ces dernières années, en faveur des services de santé et de la santé de base en particulier. Ces efforts ont permis d'accroître les infrastructures de base et d'améliorer la couverture sanitaire des zones rurales et péri-urbaines.

En 1991, un programme de développement des ressources humaines (PDRH) a été mis en œuvre sur financement de la Banque Mondiale avec un montant de 35 Milliards de FCFA (47,7 millions USD). Dans la période 1992-1998, les dépenses publiques de santé se sont élevées à 20 milliards de F CFA en moyenne par an, dont 15 milliards FCFA de dépenses de fonctionnement et 5 milliards FCFA de dépenses d'investissement. Ce montant équivaut à 2900 FCFA par personne et par an. En réalité, ces dépenses ont évolué en valeurs nominales (taux de croissance 15,6% par an) mais ont diminué en valeurs réelles 5,2% entre 1992 et 1998.

En outre, depuis les années 1990, les dépenses publiques de santé ont tendance à favoriser les SSP (34,8%) au détriment des SSS (32,7%) et de l'Administration (32,5%).

Quant au financement privé, les services de santé et les dépenses privées de santé constituent une véritable boîte noire.

En 2000, au Sénégal, une tentative de l'élaboration des CNS a montré de 1990 à 1999, un manque de certaines données importantes pour satisfaire aux exigences (notamment dans le secteur privé) des CNS et l'utilisation minimale des informations financières existantes (faible culture d'utilisation des informations financières) pour la prise de décision. Le Sénégal a des données de fiabilité moyenne sur les dépenses totales de santé et les utilisations des fonds. Pourtant cette situation n'a pas affecté pour autant la mise en place d'un PNDS de 1998 à 2007, dont les aspects financiers sont de plus en plus maîtrisés remettant en question la problématique de l'élaboration des CNS comme le prônait si bien LETOURMY[29].

Depuis 2000, des rapports financiers de la première phase du PNDS, le PDIS, ont été régulièrement rédigés et permettent d'avoir une vision correcte de l'ensemble des flux financiers dans le secteur public. Plus récemment une évaluation à mi-parcours n'a pu déceler que les faiblesses de l'impact du financement de ce programme sur certains indicateurs de santé[1]. Le diagnostic de cette situation au cours de la dernière décennie après exploitation des données existantes, est résumé dans l'annexe 18 de 1990 à 1999[39].

Ce tableau permet de faire les constatations suivantes :

- les dépenses en sécurité sociale sont quasi inexistantes.
- les dépenses des institutions à but non lucratif, les ONG et les dépenses des ménages sont indéterminées.
- aucune donnée disponible pour les autres ministères (éducation nationale, forces armées), fonds extra budgétaires, assurances privées, prestations médicales directes d'employeurs, les dépenses privées de santé, la contribution des employés à la Sécurité Sociale.
- impossibilité d'établir les dépenses par fonction et les indices de prix.

Au terme de cette revue documentaire, on retient que le financement des dépenses publiques de santé n'est pas le seul fait de l'Etat. Nous avons en plus de l'Etat, d'autres sources qui peuvent être regroupées en sources privées et en sources publiques.

## II. ANALYSE DU PROBLEME :

Les systèmes de soins de santé de l'Afrique subsaharienne font de plus en plus face à de nombreux problèmes dans leurs tentatives d'extension des services de soins d'une qualité acceptable à la grande majorité de la population : les contraintes budgétaires sont strictes ; la concentration des ressources sur des infrastructures de santé de haut niveau (essentiellement en zones urbaines) qui ne profitent relativement qu'à peu de gens [8] ; la répartition inégale des ressources en soins de santé entre les régions géographiques[9] ; les inégalités dominantes dans la santé dans la mesure où dans beaucoup de pays, les ménages pauvres n'ont pas accès à des soins de qualité [7] ; les systèmes de financement sont peu équitables [37], le secteur privé onéreux est en rapide progression mais insuffisamment réglementé ; la dépendance accrue et excessive sur les paiements à la charge du patient, ne contient qu'une infime partie des problèmes.

Le manque de ressources en soins de santé est plus profondément aggravé par une multitude de facteurs dont une performance macro économique faible, une rapide progression de la population, la pandémie du VIH/SIDA et une recrudescence des maladies comme la malaria.

Les donateurs contribuent pour une part dans le budget de santé de la plupart des pays africains, ce qui, à court terme, amoindrit leur charge financière. Les pays auront encore à faire face au défi de fournir à la population des services de santé permanents, de bonne qualité, d'accès facile. De plus, les bailleurs de fonds ont le plus souvent leur propre planning, qui est souvent différent de ceux des pays et qui peut compliquer la mise en œuvre des politiques nationales en mettant l'accent sur des programmes autres que les priorités nationales. C'est la cause de la fragmentation des activités liées aux secteurs de la santé dans les pays africains et par conséquent des résultats déficients[7,8,9].

Au regard de ce qui précède, notre étude se propose de faire les Comptes Nationaux de la Santé en 2001. Il faut entendre par Comptes de la Santé, la conception d'un outil de politique destiné à améliorer la capacité des responsables et planificateurs du secteur de santé à gérer leur système de santé. Les CNS sont un ensemble de matrices ou tableaux, qui présentent les différents aspects des dépenses de santé d'un pays y compris les dépenses publiques, privées et celles des donateurs.

La présentation des CNS dans un ensemble de matrices standards, permet d'organiser l'information sur les dépenses de santé, basées sur une combinaison de la classification internationale.

L'étude permet de comprendre comment les ressources de santé sont utilisées dans le système de santé, d'examiner les modes d'allocation, d'évaluer l'efficacité de l'utilisation actuelle des ressources et l'impact de la réforme des soins de santé. Cette étude va aussi permettre de comparer les systèmes de santé à différents points dans le temps et d'un pays à l'autre, de comparer dépenses publiques et privées de santé.

Le système de santé au Sénégal, éprouve d'énormes difficultés à satisfaire la demande croissante de la population. Les populations participent désormais à la prise en charge de leurs dépenses de santé.

Ce système de santé est confronté à 2 types de difficultés :

- la fiabilité de fonds publics nationaux et internationaux ;
- et l'impossibilité de réaliser les CNS pour conduire la réforme indispensable du système de santé.
  - ◆ Quelle a été la contribution de l'Etat dans le financement de la santé des populations ?
  - ◆ Comment l'ensemble des ressources publiques du secteur de la santé ont-elles évolué ?
  - ◆ Comment ont-elles été utilisées?

### III. OBJECTIFS :

Cette étude veut contribuer à une meilleure connaissance des CNS du Sénégal et leurs tendances évolutives. Pour ce faire, elle s'est fixée comme objectif général d'analyser les CNS en 2001.

Conformément à la méthodologie générale des comptes satellites, le Compte de la Santé s'attache essentiellement à analyser l'organisation de la santé, la production et le financement de la fonction santé. Celle-ci se limite à la prévention et/ou au traitement de la fonction santé. Les activités du secteur médico-social (enfance inadaptée, adultes handicapés...) n'y sont donc pas incluses.

#### III.1. Objectif général de la recherche

Elaborer des Comptes Nationaux de la Santé au Sénégal, pour l'année 2001, sur la base des données disponibles aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

#### III.2. Objectifs spécifiques

Cette étude va contribuer à une meilleure connaissance des CNS du Sénégal, à leur pertinence dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de politiques de développement sanitaire. Pour y parvenir, les objectifs spécifiques suivants ont été retenus :

- Identifier les différentes sources de financement et leur évolution en utilisant le concept et les principes des CNS ;
- Analyser l'évolution des dépenses consacrées à la santé par la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des CNS ;
- Analyser la répartition des dépenses de santé par niveau de la pyramide (primaire, secondaire, tertiaire et administration) ;
- Analyser les dépenses de santé par type de dépenses (dépenses d'investissement et dépenses de fonctionnement) et par poste de dépenses (dépenses du personnel, dépenses ordinaires et dépenses des médicaments) ;
- Institutionnaliser les CNS et accroître l'utilisation de leurs résultats ;

- Caractériser les différents modèles de flux financiers qui indiquent la répartition du financement entre les sources publiques, privées et les donateurs ; les flux financiers entre les intermédiaires privés et publics, calculer la proportion de dépenses de santé dans le PIB et les dépenses publiques totales au Sénégal, commenter les modèles de dépenses, l'équité et la viabilité des conclusions .

### **III.3. Cible de la recherche**

Les CNS sont destinés à informer sur le processus de politique de santé, y compris l'implantation et la mise en place des politiques, de la politique de dialogue et de suivi et d'évaluation des interventions en soins de santé.

Il peut aussi aider à développer des stratégies de réformes et à contrôler les effets des réformes sur les financements et dépenses de santé ( P. Berman, 1998)<sup>2</sup>.

Les CNS participent aux politiques de systèmes de santé de plusieurs manières :

- Ils montrent clairement une image détaillée de l'organisation financière d'un système de soins de santé, applicable à l'analyse de la politique.
- Quant ils sont avancés dans l'utilisation des classifications internationales standard, les CNS aident les analystes nationaux à comparer leurs systèmes de soins à ceux d'autres pays. Ceci fournit des contributions précieuses sur ce qui peut être réalisé et aide à fixer des objectifs et seuils à atteindre en matière de résultats.
- Les CNS fournissent un cadre d'analyse de l'impact financier des propositions de réforme du système sanitaire, pouvant être utilisé pour développer des projections financières et élaborer des systèmes de contrôle.

### **III.4. Importance du sujet de recherche**

Si les CNS sont exécutés régulièrement, ils peuvent permettre de suivre la trace des dépenses de santé, qui sont utiles pour le suivi et l'évaluation des soins de

<sup>2</sup> Peter Berman. NHA methodology, Harvard Public Health School, 1998



santé. Essentiellement, les CNS mesurent le « pouls financier » du Système National de Santé. La méthodologie des CNS peut être utilisée pour faire des projections financières des demandes en système de santé d'un pays. Formaté à travers une série de tableaux standards, la méthodologie des CNS organise, tabule et présente des informations sur les dépenses en matière de santé de manière conviviale. De la même manière, les CNS peuvent mettre en exergue les déséquilibres sur le plan de l'équité dans la distribution des dépenses de santé .

Tout compte de la santé repose sur un système d'évaluation quadriennal glissant conçu à la fois pour fournir des tendances d'évolution très récentes et réduire progressivement les inévitables marges d'incertitudes des estimations provisoires. Il analyse les dépenses de santé basées sur un flux.

### **III.5. Formulation du problème de recherche**

Au Sénégal, le système de santé, éprouve d'énormes difficultés à satisfaire la demande croissante. Les ressources sont limitées et il manque une classification fonctionnelle fiable des dépenses de santé. Les populations participent désormais à la prise en charge de leurs dépenses de santé. Il s'agit de présenter une explication des relations entre prestataires de services médicaux, patients et institutions dans les processus de production des soins ,de consommation et de financement.

Cette étude sera menée sur la base des hypothèses suivantes :  
malgré les difficultés économiques, quelles sont les parts de l'Etat et du secteur privé dans le financement des dépenses de santé ?

Les CNS identifient quatre catégories principales d'entités de soins de santé dans le système de santé.

Pour déterminer combien chacune des sources de financement dépense en santé au Sénégal, il faut élaborer les CNS.

Cette initiative nous amène à nous poser un ensemble de questions :

- Comment réussir à réaliser les CNS au Sénégal et à quelles perspectives cela peut permettre d'aboutir ?
- Qui au Sénégal paie pour les soins de santé ?
- Combien dépensent-ils et pour quel type de services ?

- Comment ces fonds sont répartis dans les différents services ?
- Par rapport aux objectifs du système de santé, quels outils avons-nous pour apprécier le flux des finances ?

### III.6. Limites de l'étude

Il est difficile de mesurer l'impact des dépenses de santé sur le court terme. Par ailleurs, il se pose le problème de la disponibilité de l'information sanitaire surtout dans le secteur privé. Ces aspects nous ont amené à réduire progressivement la période de l'exploitation des données de 5 ans à 2 ans (1998-2001 pour 2000-2001 uniquement) pour des raisons de fiabilité et sur la base des recommandations des travaux réalisés antérieurement par Abrial et alii[1,2]. Dans un pays comme le Sénégal, le développement du secteur informel est très important. La particularité du secteur sanitaire est que outre les sources de financement classiques existants il y a d'autres sources de financement parallèles non déclarés (aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé) et un important transfert (de ménages à ménages, d'employeurs « extra-cotisation sociale » à ménages et du reste du monde à ménages). Les dérives à la déontologie médicale et certains comportements complaisants des consommateurs de soins biaisent les données officielles que seule une enquête ménage peut probablement réparer. En outre, la solidarité africaine aidant, on sous-estime les consultations gratuites non facturées faites dans les systèmes publics de soins. Le malade hospitalisé se prend en charge pour ses dépenses de subsistance, et ne consomme pas donc l'alimentation offerte par le système hospitalier.

La sous-estimation de toutes ces données est d'autant plus grande que le système qui semble le plus refléter les dépenses de santé, celui des officines pharmaceutiques, est menacé par l'existence de marchés pharmaceutiques parallèles clandestins.

Que ce travail en dépit de la difficulté à évaluer la face non visible de l'iceberg, serve de creuset pour les futures entreprises.

## IV. METHODOLOGIE

### IV.1. Cadre Conceptuel

Nous réaliserons les CNS en déterminant trois grands agrégats qui s'intègrent à l'analyse de l'évolution économique générale : la Consommation Médicale Totale (CMT), la Dépense Courante de Santé (DCS) et le Financement de la Dépense de Santé (FDS)[16].

Pour mesurer ces dépenses de santé, les critères suivants devraient être considérés quant à la collecte et à la sélection des données économiques relatives à la santé :

- *la Transparence* : nous nous sommes procuré une documentation claire sur les sources des dépenses, leur classification et les définitions utilisées.
- *l'Intérêt politique* : bien vrai que les autorités politiques n'aient pas encore mis un accent particulier sur la nécessité de réaliser les CNS, une réunion de sensibilisation sur les CNS en Afrique tenue à Dakar les 28 et 29 janvier 2003 a attiré l'attention des décideurs sénégalais.
- *la Comptabilité* avec la pratique et normes internationales existantes : nous avons consulté le Journal Officiel du Sénégal, les Lois de Finances 2000, 2001 et 2002 et de façon confidentielle et anonyme le livre des chiffres affaires des professionnels de la santé du secteur privé à la Direction Générale des Impôts et Domaines (DGID) du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) et les données des enquêtes ménages de la Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS).
- *la Faisabilité des mesures* : la compilation et la validation des mesures de dépenses de santé pour notre travail ont respecté une période de temps raisonnable d'une année 2001.

Le Cadre des CNS et le système de classification : le cadre est présenté sous forme de tableaux et les données des dépenses de santé, sous la forme de quatre tableaux. Chaque tableau est à double dimension, montrant les flux des fonds d'une catégorie d'entité de soins à une autre, c'est-à-dire combien est dépensé par chaque acteur de soins de santé et où ces fonds sont transférés ? Chaque acteur de soins de santé dans le tableau est catégorisé selon la classification internationale des CNS

proposée par la méthodologie de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique (OCDE).

Nous avons suivi la classification internationale de CNS, qui est une approche, qui consiste à regrouper les acteurs de santé en catégorie avec des caractéristiques communes. Les principales catégories de classifications internationales des CNS utilisées sont :

- sources des dépenses de santé ,indiqué par le code S
- agents de financement, indiqué par le code HF
- prestataires, indiqué par le code HP
- fonctions des soins de santé, indiqué par le code HC

Les principales catégories dûment subdivisées et codées numériquement , sont décomposées en sous-catégories/sous classification internationale des CNS, c'est le cas des sources qui sont séparées en fonds « publics », en fonds « privés » et en fonds « restants ».

Un acteur de soins de santé est écrit dans la matrice des CNS de la façon suivante :

- en premier, est notée la lettre pour la catégorie principale de classification internationale des CNS,
- ensuite, suit un code numérique, pour notre cas, « S1 »
- et enfin, le nom de la classification internationale des CNS pour cette sous catégorie est « S1 fonds publics ».

Les sous-classifications ont respecté les critères suivants :

- la pertinence de la politique,
- les standards,
- la flexibilité,
- l'exclusivité mutuelle,
- et la faisabilité.

Il faut remarquer que ces critères étaient par moment contradictoires remettant en cause certains aspects du flux financier tel que celui des ménages vers les différentes sous-catégories ; toutefois, la pertinence du travail et la clarté de la politique sanitaire du Sénégal nous autorise à faire des classifications.

Des tableaux supplémentaires propres à notre contexte ont été conçus. C'est ainsi que les problèmes de santé, les maladies et les interventions (codés « D ») ont été classés selon les différents programmes de santé mis en place au Sénégal tels que le VIH/SIDA, la Malaria ou la Santé Reproductive....D'autres aspects tels que les contributions spécifiques utilisées pour fournir des services (médicaments, produits pharmaceutiques et équipement médical).

## LA CONSOMMATION MEDICALE TOTALE

### \* LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX

- Les soins hospitaliers = ce sont les services produits par les hôpitaux que sont les EPS, les EPSNH, les EPS à caractère particulier, les Hôpitaux privés et les Hospitalisations en Cliniques Privées ;
- Les soins dispensés au niveau des districts sanitaires = ce sont les centres de santé, les postes de santé et les cases de santé ;
- Les soins ambulatoires = ce sont les soins de médecins et de dentistes libéraux,
  - \* les soins des auxiliaires médicaux
  - \* les analyses en laboratoire de ville ;
- Les services de transport sanitaire = ce sont essentiellement les évacuations sanitaires,
- Les biens médicaux = c'est le commerce de pharmacie, d'orthopédie et de lunetterie. Ils comportent les prestations fournies par certains Etablissements Publics de Santé Non Hospitaliers.

### \* LA CONSOMMATION DE SERVICES DE MEDECINE PREVENTIVE :

- Les services de médecine du travail,
- Les services de médecine scolaire,
- La protection maternelle et infantile,
- Les autres services sanitaires de prévention individualisée (maladies mentales, toxicomanie, alcoolisme, le service régional des grandes endémies ...).

## CONSOMMATION DE SOINS HOSPITALIERS

### **Les soins hospitaliers publics**

Les soins hospitaliers publics des services produits par le secteur public hospitalier. Ils comportent essentiellement les soins dispensés dans les Etablissements Publics de Santé Hospitaliers, les Etablissements Publics de Santé Non Hospitaliers et les Etablissements Publics de Santé à caractère Particulier.

On entend par secteur public hospitalier :

- Les établissements publics de santé (EPS),
- Les établissements publics de santé à caractère particulier (Hôpital Militaire),
- Les établissements privés participant au service public hospitalier.

### **Les soins hospitaliers privés**

Le secteur privé hospitalier est constitué :

- des établissements privés non lucratifs conventionnés avec l'aide sociale ; Association des Postes de Santé Privés à caractère religieux ;
- des établissements privés à but lucratif  
Cliniques privées, Hôpital Privé.

Leurs ressources proviennent de leur activité de soins :

- Facturation des journées pour les frais de séjours ;
- Facturation des actes médicaux et paramédicaux intervenus à l'occasion de l'hospitalisation.

Les activités non marchandes de santé regroupent la Médecine du travail, le Service de Santé des Armées et la Médecine pénitentiaire.

## **LA DEPENSE COURANTE DE SANTE PAR OPERATION DE FINANCEMENT**

La dépense courante de santé reprend l'ensemble des versements intervenus durant l'année 2001 au titre de la santé (dépenses en capital exclues).

Elle regroupe :

### 1. La dépense pour les malades :

#### \* dépenses de soins et de biens médicaux

ce sont les dépenses nécessaires pour rendre fonctionnelles les différentes structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

\* dépenses d'aide aux malades

ce sont le filet social et les dépenses d'actions sanitaires ;

\* dépenses de subventions au système de soins

ce sont les FDD nécessaires au fonctionnement des districts et les subventions de l'Etat aux établissements publics de santé.

- La dépense de prévention :

\* dépense de la prévention individualisable

\* dépense de la prévention collective

ce sont les dépenses de fonctionnement du service régional des grandes endémies et de toutes les structures de prévention.

- La dépense en faveur du système de soins

\* recherche médicale et pharmaceutique

\* formation des professionnels de la santé

(médecins ; dentistes ; pharmaciens ; auxiliaires médicaux)

- La dépense de gestion générale de la santé :

\* Fonctionnement du Ministère de la santé ;

\* Gestion des prestations de soins par les mutuelles

Les Sources (FS) sont des entités qui fournissent des fonds pour la santé. Ils répondent à l'interrogation « d'où vient l'argent ? ».

Ce sont dans le cadre de notre travail :

➤ Les sources publiques :

- l'Etat ;
- les collectivités locales ;
- les populations ;
- les employeurs publics / Parapublics .

➤ Les sources des bailleurs de fonds :

- les organismes internationaux de bailleurs
- les organismes non gouvernementaux.

➤ Dans les sources privées :

- les employeurs privés ,
- les dépenses à la charge des ménages ,

Nos Sources de financement sont des entités qui procurent des fonds aux agents de financement qui sont les acheteurs directs ou payeurs de soins de santé.

❖ **Les Agents de financement (FA)** (autrefois appelés intermédiaires des finances) reçoivent des fonds de la part des sources et les utilisent pour payer des services de santé, des produits (exemples pharmaceutiques) et des activités. Ceci est une catégorie importante parce que les responsabilités liées aux programmes des agents de financement leur donne une influence ou un contrôle sur la façon d'utiliser ces fonds. Cette catégorie jette la lumière sur l'interrogation « qui gère et organise les fonds » ?

Nos intermédiaires de financement se rapportent à ces entités qui paient ou achètent les services de soins de santé, c'est-à-dire reçoivent des fonds venant des sources et les paient ou les transfèrent vers les prestataires .

Ces intermédiaires de financement sont :

- Dans la première partie :

le MSHP, l'assurance sociale des fonctionnaires de l'Etat, le Ministère de l'Education Nationale (MEN), le Ministère des Forces Armées (MFA), les employeurs publics.

- Dans la seconde partie :

les ménages, des employeurs privés, l'assurance privée.

❖ **Les Prestataires (HP)** sont les utilisateurs finaux ou les bénéficiaires finaux des fonds de santé. Ce groupe d'acteurs de soins de santé répond à la question « à qui est destiné l'argent ? ». Les prestataires sont des entités qui fournissent des services de santé. Ce sont :

- les hôpitaux publics : les hôpitaux comprennent les soins de niveau primaire, secondaire et tertiaire dispensés dans tous les services d'hospitalisation. Les hôpitaux comprennent aussi tous les centres médico-sociaux couverts par l'hôpital ainsi que tous les produits pharmaceutiques et coûts administratifs associés aux opérations de ces institutions.
- les hôpitaux privés ;
- les cliniques ;
- les centres de santé : les centres de soins externes, cette catégorie couvre les dépenses inhérentes aux centres de soins et centres médico-sociaux aussi bien ruraux et que urbains ;
- les postes de santé et dispensaires.



❖ Les fonctions (HC) se réfèrent aux services ou activités que les prestataires délivrent avec leurs fonds. A ce niveau, l'information répond à la question « quel type de services, produit ou activités est en réalité produit ? »

Ce sont :

- les soins curatifs,
- les soins à long terme,
- les produits médicaux,
- les services préventifs,
- l'administration des soins de santé.

Les affectations des fonds se font selon 4 types :

- Les dépenses par les prestataires
  - Les Hôpitaux,
  - Les Centres de santé,
  - Les Programmes de santé publique,
  - Les Prestataires de produits pharmaceutiques et médicaux.
  
- Les dépenses par institutions
  - secteur public :
    - Hôpitaux (Initiative de Bamako),
    - Centre de santé(Initiative de Bamako).
  
  - secteur privé :
    - les pharmacies commerciales,
    - les vendeurs,
    - les points de ventes de médicaments (Initiative de Bamako),
    - l'administration ,
    - les coûts administratifs associés au planning,
    - les coûts administratifs de la gestion du système sanitaire,
    - la recherche.
  
- Les dépenses couvertes par d'autres prestataires :  
les frais d'ambulance (évacuations sanitaires)

➤ Les dépenses par niveaux de soins

- ◆ **soins primaires** (prestations de soins préventifs, de soins de promotion et soins curatifs de base) : centres de santé urbains et ruraux, centres médico-sociaux, cabinets médicaux, dispensaires, postes de santé.
- ◆ **moyen niveau :**
  - Hôpitaux régionaux,
  - Hôpitaux municipaux,
  - Cliniques privées.
- ◆ **soins de santé de niveau tertiaire :**  
hôpitaux plus grands et plus centralisés qui offrent un niveau plus élevé de soins spécialisés, centres hospitaliers universitaires.

➤ Les dépenses par rubriques (indicateur d'efficience et de qualité des soins de santé selon P. Berman ).

dépenses courantes coûts personnels, médicaments, produits médicaux, dépenses d'investissement.

➤ Les dépenses par zones géographiques(L'équité géographique)

dépenses per capita .

Pour la répartition des dépenses par niveau, elle se fera en tenant compte de quatre niveaux, les trois niveaux de la pyramide des soins et l'Administration. Les dépenses de fonctionnement seront décomposées de la façon suivante : les dépenses du personnel, les dépenses ordinaires et les dépenses en Médicament. Les dépenses de personnel regroupent les traitements salariaux du personnel (salaires et indemnités). Les dépenses Ordinaires représentent les dépenses de fonctionnement quotidien et les dépenses en médicament ; ce sont les dépenses afférentes aux produits pharmaceutiques ( médicament et vaccin).

#### **IV.2. Cadre opérationnel**

L'élaboration des CNS a suivi les étapes suivantes :

❖ la collecte des données :

- secteur public :
  - Le rapport financier du PDIS au CAS/PNDS ;
  - ESAM à la Direction de la Prévision et de la Statistique ;
  - Lois des Finances à la Direction Générale de la Comptabilité Publique et du Trésor (DGCPT);

- Les Statistiques Sanitaires et Démographiques à la DERF/MSHP ;
  - Les rapports financiers des structures suivantes : le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), le Service National de Santé Reproductive (SNSR), les Programmes de Lutte contre la Bilharziose (PLB), le Paludisme (PLP), la Lèpre (PNL), la Tuberculose (PNT) et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST);
  - Le rapport financier des collectivités locales à la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale (DASS) de la Mairie de Dakar.
- secteur privé :
- chiffres d'affaires des officines, des structures sanitaires privées à la DPS ;
  - chiffres d'affaires des cabinets médicaux , des fournisseurs de biens médicaux et des firmes pharmaceutiques à la DGID ;
  - rapport financier de l'Association des Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal (APSPCS) au Dispensaire St Martin de Reubeuss.
- la saisie des données a été faite sur le logiciel EXCEL 2000,
- l'analyse des données a été réalisée sur le même logiciel pour la mesure des flux financiers, la réalisation des diagrammes et des graphiques, la détermination des agrégats telles que la consommation médicale totale et la dépense courante de santé.

La production de ces CNS s'est faite en trois phases :

- la collecte de données liées aux dépenses,
- l'organisation des données dans les tableaux des comptes nationaux de santé,
- la mesure de l'équité de la contribution financière a été faite selon la formule de Kwabata et alii (annexe 24),
- l'analyse des résultats de politique sanitaire.

## IV.2. 1. Définition des variables à l'étude et collecte des données

### IV.2.1.1. Classification fonctionnelle des variables

Les sources d'informations utilisées sont :

- les documents,
- l'information fournie par le personnel compétent des différentes structures ayant en charge la gestion des activités sanitaires.

Les documents utilisés sont des documents écrits officiels, la presse avec les publications scientifiques et les données administratives individualisées. Par contre les informations fournies sont libres et font l'objet d'une exploration.

### IV.2.1.2. Sources et procédure de collecte de données.

Les données sont recueillies au MEF, au MSHP par consultation de documents, aux ONG intervenant dans le domaine de la santé. Ces documents sont ceux relatifs aux rapports d'activité, aux budgets et aux statistiques sanitaires et démographiques.

Les données ont spécifiquement été extraites des Budgets du MEF, des Budgets et relevés financiers du MSHP, des livres et comptes de dépenses, d'études des ménages, d'études démographiques et sur la santé, d'enquêtes des Bailleurs, d'enquêtes des ONG, d'enquêtes des employeurs, d'enquêtes sur les affectations et des compagnie d'assurances. D'autres sources de données incluent le Rapport sur le Développement Mondial de la Banque Mondiale, les Statistiques des Comptes Nationaux des Nations Unies et les Statistiques de Finances du Fonds Monétaire International.

### IV.2.1.3. Description des variables[11]

**La consommation médicale totale(CMT)** représente la valeur des biens et services médicaux utilisés, sur le territoire sénégalais (par des résidents et des non-résidents), pour la satisfaction directe des besoins individuels.

Elle comprend ceux qui sont acquis sous une forme marchande, comme elle comprend les services de soins médicaux fournis sous une forme non marchande. Elle est appréhendée par les masses financières globales qui sont la contrepartie des soins médicaux et des services de prévention individuelles dispensés au cours de l'année 2001.

La dépense courante de santé(DCS) mesure l'effort consacré au cours de l'année 2001 au titre de la fonction santé par l'ensemble des agents.

En d'autres termes, c'est la somme des dépenses qu'engagent ceux qui financent l'ensemble du système. Elle couvre donc un champ plus large que celui de la CMT puisqu'elle intègre également les indemnités journalières, la prévention collective, les subventions reçues par le système de santé, le fonctionnement de la recherche, de l'enseignement et de l'administration sanitaire.

La DCS regroupe donc les dépenses pour les malades (dépenses de soins et biens médicaux, dépenses d'aide aux malades, dépenses de subvention au système de soins), les dépenses de prévention (dépenses de prévention individualisable et dépense de la prévention collective), les dépenses en faveur du système de soins (recherche médicale et pharmaceutique, formation de professionnels de la santé) et les dépenses de gestion générale du système de santé.

Les dépenses en capital quant à elles se rapportent à la valeur des biens durables acquis par les unités de production des prestations sanitaires(équipements, infrastructures).

Les variables à l'étude

Ces variables sont regroupées en deux groupes :

- Les variables concernant les sources de financement \*Etat\*Bailleurs privés
- Les variables relatives à la répartition.
  - Dépenses consacrées aux niveaux  
(primaire, secondaire, tertiaire, administration)
  - Dépenses de fonctionnement  
(Personnel, ordinaire, médicament)
  - Dépenses d'investissement.

Pour atteindre les objectifs fixés, le plan d'analyse suivant a été adopté :

Dans un premier temps, l'étude s'intéressera à l'évolution du poids des dépenses publiques et privées de santé dans le PIB et dans le budget de l'Etat. Elle se préoccupera ensuite des sources publiques et privées de financement. Enfin la dernière partie sera consacrée à la répartition des dépenses. (répartition entre niveaux de la pyramide et entre lignes budgétaires).

#### IV.2.2. Collecte des données

Ce travail a nécessité une collecte intensive des données de divers Ministères, donateurs ménages, prestataires et groupes d'industrie (assurances privées, employeurs et compagnies pharmaceutiques).

Les données sont recueillies au MEF et au MSHP par consultation de documents. Ces documents sont ceux relatifs aux rapports d'activité et aux budgets.

Les méthodes de collecte des données ont respecté les principes d'enregistrement des comptes qui sont :

- le principe de flux : le traitement comptable porte sur les opérations exprimant des flux,
- le principe de l'annualité : l'élaboration des comptes est annuelle,
- le principe monétaire : toutes les opérations sont exprimées en monnaie (franc CFA),
- le principe de l'enregistrement en partie double : à toute écriture relative à une opération économique inscrite en emplois dans un compte correspond une écriture de même montant portée en ressources dans un autre compte et réciproquement.

Les instruments de mesure utilisés ont respecté la qualité exigée pour ce genre de travail.

Ce sont :

##### ❖ Outils de mesure

- **Prix de production** = Coût des facteurs (consommation intermédiaire + rémunération des facteurs de production).
- **Prix départ-usine** = Prix de production + autres impôts liés à la production nets des subventions d'exploitation.
- **Prix d'acquisition hors taxe** = Prix départ usine + marges commerciales + frais de transport.
- **Prix d'acquisition TTC** = Prix d'acquisition hors taxes + TVA.
- **Prix FAB** = Prix départ-usine + frais d'acheminement à la frontière du Pays X.
- **Prix CAF** = Prix départ-usine étranger + frais d'acheminement à la frontière du pays X.

- **Application numérique : Pour l'année 2001**

- Prix de production des Activités de Santé :

- aux prix constants de 1999 = 48,2 Milliards de F CFA

- à prix courant = 55 Milliards de F CFA.

- Consommation intermédiaire des produits de santé = 0,1 Milliard de F CFA.

- Importations Totales des Activités de santé aux prix CAF constants de 1999

- = 0,6 Milliards de F CFA.

- Importations totales des activités de santé aux CAF prix courants

- = 0,7 Milliards de F CFA.

- Exportations des biens et services de santé aux prix FAB courants

- = 0,2 milliards de F CFA.

- Exportations des biens et services de santé aux prix FAB constants de 1999

- = 0,1 Milliards de F CFA.

- Consommation finale marchande des activités de santé :

- aux prix constants de 1999 = 14,7 Milliards de F CFA.

- au prix courant = 19,5 Milliards de F CFA.

- Production et consommation finale non marchande des activités de santé :

- aux prix constants de 1999 = 33,9 Milliards de F CFA.

- au prix courant = 36 Milliards de F CFA.

- ❖ Evaluation des agrégats [44]

- Evaluation à prix courants

Cette évaluation tient compte de la hausse des prix,

la valeur d'un agrégat d'une année est évaluée aux prix courants de la même année.

- $PIB \text{ année } (2001) = \text{Quantité année } (2001) \times \text{Prix année } (2001)$
- $\text{Indice de valeur} = \text{rapport PIB année}(x) \text{ sur PIB année } (y) \times 100$
- $\text{Taux de croissance en valeur} = \text{rapport PIB année}(x) - \text{PIB année } (y) \text{ sur PIB année } (y) \times 100,$
- **Application numérique : Pour l'année 2001**

- PIB réel pour des activités de santé = 45 Milliards de F CFA

- L'indice de valeur des activités de santé = 1,2% du PIB

- Le taux de croissance des prix du PIB pour les activités de santé = 1,7%

- Evaluation à prix constants

Cette évaluation élimine la hausse des prix (inflation) et mesure l'enrichissement réel de la nation,

- La mesure du PIB réel au prix de l'année (x) = Quantité année(n) x Prix année(n-1)
- L'indice de volume = rapport PIB réel au prix année (n-1) sur PIB année(n-4) x 100
- Le Taux de croissance = PIB année (n) au prix année (n-1)-PIB année (n-1) au prix année (n-1) sur PIB année (n-1)
- L'indice des prix ou déflateur du PIB = PIB année(n) sur PIB année(n-1)x 100.
- Application numérique : Pour l'année 2001  
PIB en volume pour des activités de santé = 44,3 Milliards de F CFA  
L'indice de volume des activités de santé = 1,3% du PIB  
Le taux de croissance des volumes du PIB pour les activités de santé = 7%.

Le plan de collecte des données sur le terrain est le suivant :

▪ les chiffres provenant des sources (Etat, Comités de santé, Partenaires extérieurs), au niveau national, régional et au niveau des autorités locales de santé. Ces chiffres sont clairs et sont presque tous recueillis au niveau du Bureau de l'Analyse Financière sis à la Cellule d'Appui et de Suivi du Programme National de Développement Sanitaire (CAS/PNDS) du MSHP.

Il est important de souligner que l'Etat alloue des crédits budgétaires à caractère sanitaire, en dehors de ceux destinés au Ministère de la Santé et qui donc n'entrent pas dans le financement du PDIS[39]. Les chiffres provenant des collectivités locales ont été recueillis aussi bien à la CAS/PNDS qu'à la DASS de la Mairie de Dakar.

▪ les chiffres des assurances privées[28,30,38,43], ils ont été recueillis à la Fédération Sénégalaise des Sociétés d'Assurances (FSSA). L'assurance publique étant quasi inexistante. Toutefois les chiffres des imputations budgétaires qui constituent la seule forme d'« assurance publique » qui couvre tous les fonctionnaires de l'Etat et qui ne prend en charge que les soins et les examens paracliniques ont été obtenus par une étude actuarielle de fixation du taux d'équilibre à long terme de la Mutuelle de Santé de la Fonction Publique. La participation des fonctionnaires est facilement déductible car ils paient le 1/5 des soins.

Il faut noter que la réticence des compagnies d'assurances à partager certaines informations telles que les différents ratios ou encore les bénéfices ont fait que nous n'avons pas une idée exacte des cas de co-paiements qui constituent un faible



pourcentage des activités des assureurs et qui s'avère négligeable au profit d'autres données économiques. Concernant l'assurance privée[45], l'assurance maladie et les dommages corporels représentent 20% du chiffre d'affaire du total des assurances toutes polices confondues (20% de 42milliards en 2000 et 16% de 44 milliards en 2001) soit 6,4 milliards. L'assurance-maladie quant à elle représente 16% des assurances-maladies et dommages corporels soit 1,024 milliards de F CFA. Les Primes de Cotisations des ménages étant de 6 milliards 828 millions de F CFA.

- Les chiffres de prestataires, ils ont été collectés à partir de la DGID et de la DPS (de façon confidentielle et anonyme). Les prestataires ont été souvent réticents à révéler leurs informations financières relatives à la taxe. Grâce à une enquête en cours menée par la Division de la Médecine Privée, des Professions paramédicales et de la Médecine Traditionnelle de la Direction de la Santé, la Responsable de la division nous a fourni les résultats préliminaires ; ce qui nous permet d'estimer les chiffres d'affaire des guérisseurs traditionnels qui font à la fois consultation, soins et pharmacopée.

En réalité ces Chiffres d'Affaires (prestataires) ne reflètent en aucun cas les flux financiers mobilisés par les prestataires, seule l'enquête ménage donne une idée exacte des mobilisations financières.

- Les chiffres des ménages[26,44,45] ont été obtenus grâce à l'Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM) de 1994-1995 et les résultats provisoires de l'ESAM 2002-2003 par la DPS. Cette enquête comprend un certain nombre de questions sur les dépenses de santé. Elle a couvert environ 5% de la population sénégalaise. Les dépenses des ménages sont classées en deux catégories que sont les dépenses de consommation et les transferts versés. Sont considérées comme dépenses de consommation, l'ensemble des moyens par lesquels les ménages acquièrent les biens et services destinés à la satisfaction de leurs besoins de santé. Les transferts sont constitués de cadeaux, des dons, des cotisations aux associations, des impôts et taxes payés (alcool et tabac). Les Comptes nationaux révisés du Sénégal 1996-2001 réalisés en décembre 2002 ont estimé la consommation finale des ménages en activités de santé à 57000 Millions de F CFA dont 18763 Millions F CFA pour la consommation marchande et 35978 Millions de F CFA pour la consommation non marchande. Les autres fonds des ménages sont de 41 000 Millions de F CFA.

Ces autres fonds des ménages correspondent aux financements indéterminés, ce financement se répartit entre les paiements directs de l'extérieur, le paiement de certains employeurs pour aider leurs employés en difficulté (ceci ne passent pas par le circuit des cotisations sociales) et les transferts familiaux internes propres à la culture sénégalaise (chaîne de solidarité spontanée à l'occasion d'un problème de santé à prendre en charge).

- L'aide des donateurs : les enquêtes annuelles et les rapports de routine ont fourni les données utiles concernant les partenaires extérieurs. Les dons ont été préalablement convertis en F CFA par le service financier du MSHP. Par ailleurs, il y a un certain nombre d'ONG qui sont des agences d'exécution qui travaillent en partenariat avec les autres intervenants du PDIS, on en compte 16 avec un volume global de 1,020 Milliards de F CFA.

#### IV.2.3.Méthode d'analyse -Analyse des données :

Les analyses quantitatives ont été réalisées à partir des comptes nationaux révisés du Sénégal[44].

La stratégie de recherche[18] :

Ce travail est une étude descriptive rétrospective portant sur les données de la période 2001. L'étude s'intéressera à toutes les dépenses relatives aux activités caractéristiques de la santé, aux agents de production de la santé, aux secteurs de financement de la santé, aux bénéficiaires des soins de santé, aux personnels de la santé et aux opérations économiques dans le secteur de la santé. Les données sont regroupées dans des tableaux qui fournissent le cadre analytique de l'étude.

Les évaluations pour les dépenses de santé seront analysées en tenant compte des flux : par sources de financement, agents / intermédiaires et affectation /utilisation de fonds.

Les résultats de ces différentes évaluations vont aboutir au calcul d'autres agrégats économiques de santé tels que :

- Les dépenses publiques de santé sur le PIB
- Les dépenses privées de santé sur le PIB
- Les dépenses publiques de santé sur le budget de l'Etat
- Les dépenses privées de santé sur le budget de l'Etat

- Les dépenses non salariales / dépenses salariales
- La dépense courante de santé sur le budget de l'Etat
- La contribution des ménages sur les dépenses totale de la santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## V. RESULTATS

V.1. Le financement de la santé  
V.1.1. Les matrices

Dépenses nationales de santé par type de sources de financement et type d'agents de financement en millions de F CFA en 2001 au Sénégal									
	FS 1.1 Fonds de l'Etat			FS 2 Fonds Privés			FS 3 Fonds du Reste du Monde	Totaux	Pourcentage
	FS 1.1.1	FS 1.1.2	FS 1.1.3	FS 2.1	FS 2.1.2	FS 2.2			
HF 1.1 Administration publique									
HF 1.1.1 Etat/Administration centrale	24576,4	1317,9	3683,5				12500	42077,8	27,00%
HF 1.1.1.1 MSHIP	1128,8							1128,8	0,72%
HF 1.1.1.2 MEN	177,6							177,6	0,11%
HF 1.1.1.3 MFA	208,2							208,2	0,13%
HF 1.1.1.4 MINT	54,8							54,8	0,03%
HF 1.1.1.5 MJ	2866,8							2866,8	1,83%
HF 1.1.3 Collectivités locales (fonds de dotation)	1190,7							1190,7	0,76%
HF 1.2 Administration de sécurité sociale									
HF 1.2.1.CSS	388,7			26,2	613,1	892,3		1730,3	1,10%
HF 1.2.2.IPRES	184,6			6,5	151,9	7		350	0,22%
HF 2.1 Assurances sociales privées									
HF 2.1.1 Assurances groupe fonctionnaires				2802		700,4		3502,4	2,24%
HF 2.1.2 Assurances groupe employeurs privés -IPM					3763,3	1891,6		5654,9	3,63%
HF 2.2 Compagnies d'assurances privées									
HF 2.2.1 FSSA						1024		1024	0,66%
HF 2.2.2 Mutuelles						1098,5		1098,5	0,70%
HF 2.3 Menages						51585,2		51585,2	32,83%
HF 2.4 Institutions à but non lucratif-APSPCS									
HF 3 Reste du Monde							1 020 00 F	1 020 00 F	0,65%
Resultat total des fonds fournis	30784,6	1317,9	3683,5	2634,7	4548,3	57000	14802,2	155 871,20	100%
Pourcentage	19,70%	0,84%	2,36%	1,80%	2,90%	36,54%	9,49		
Matrice Charles Dossu									

Affectation aux prestataires de soins de santé par les payeurs du secteur public en 2001 en millions de F CFA au Sénégal  
F.A. P

	SECTEUR PUBLIC							Total des monde	Taux moyen des ressources disponibles	Pourcentage
	HF 1.1.1	HF 1.1.2	HF 1.1.3	HF 2.1.1	HF 2.1.2	HF 2.1.3	HF 2.1.4			
HF 1.1.1.1	4232,1	827,8	700,7	876,6	192	18948	17668,3 (11,3%)	11,30%		
HF 1.1.1.2	351,8	1824,9		434,1	248,6	1772,9	3330 (3,5%)	3,40%		
HF 1.1.1.3	5490,9	330,3	330,3	874,2	483,4	19702	3118 (1,3%)	1,80%		
HF 1.1.1.4	15,1						78813,4 (48,8%)	48,50%		
GRANDES ENOEMIES	320						31 (0,02%)	0,02%		
HYGIENE	199						358,7 (48,7 (0,4%))	0,40%		
LUTTE ANTI-PARASITAIRE	12						207,2 (66,2 (0,3%))	0,20%		
SERVICE MATERNO-INFANTILE	183,6						18,9 (26,9 (0,01%))	0,01%		
INFECTION SEXUELLEMENT Y	32,5						7,8	17,8	0,01%	
EDUCATION POUR LA SANTE	22,4						187,2	338,2	0,20%	
PNT/TUBERCULOSE	34187,3						31,2	84,3	0,04%	
HF 1.1.1.5	1028,3			1314,3	170,8	122,1	33,9	46,3	0,02%	
HF 1.1.1.6	3488,8						43203,6	27,20%		
HF 1.1.1.7	3488,8						4074,9	7,65%		
HF 1.1.1.8	3488,8						6001,1	3,85%		
TOTAL SECTEUR PUBLIC	320	1,80%	3902,4	2,30%	1028,3	0,65%	1282,2	0,80%	100%	
SECTEUR PRIVE							6001,1	10,20		
TOTAL							6001,1	10,20		

Dépenses pour les services de santé directs et indirects par prestataire en millions de F CFA en 2001 au Sénégal

	P x F									Totaux des rangées et des dépenses de santé	Pourcentage
	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.9			
HC.1 and HC.2 Soins curatifs & services de readaptation	Hopitaux	Centres de santé et Postes de santé *	Prestataires de soins ambulatoires	Détailants de biens médicaux	Gestion des programmes de santé	Administration générale de santé	Guérisseurs traditionnels	Reste du Monde		59531,1	38,16%
HC.4 Services auxiliaires										8098,6	5,19%
HC.5 Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires**	4616,8	4291,9	19726	33377,9	450	764,4	4	1154,3		63000	40,40%
HC.6 Soins de prévention et de santé publique					764,9			519,4		1351	0,86%
HC.7 Affaires générales de santé						66,7					
Dépense courante totale en santé											
HCR.1 Formation du capital								9900		9900	6,34%
HCR.2 Consommation du capital fixe										9000	5,77%
Dépenses totales de santé											
HCR.2 Formation du personnel					85	329,4		2608		3022,4	2,00%
HCR.3 Recherche et développement					276,5			153,2		429,7	0,27%
HCR.4 Laboratoire National de Contrôle du Médicament							30,8			30,8	0,01%
Dépenses nationales de santé	17666,3	5350	24476,7	45989,1	1576,4	42503,6	4074,9	14334,9		155671,2	100%
Pourcentage	11,32%	3,43%	15,70%	29,50%	1%	27,25%	2,60%	9,20%		100%	

Mémoire Charles Dotou

Affectation aux fonctions de santé des dépenses par payeur en millions de F CFA au Sénégal en 2001  
FA.X.F

	HF.1			HF.2				HF.3	Totaux rangées	Pourcentage	
	HF.1.1.1	HF.1.1.3	HF.1.2	HF.2.1.1	HF.2.2.1	HF.2.2.2	HF.2.3				
	Etat / Administration centrale	Collectivités locales	Administration de sécurité sociale	Assurances privées sociales	FSSA	Mutuelles	Ménages	APSPCS	Reste du Monde		
1 and HC.2 Soins curatifs & services d'adaptation	4422.1	927.9	700.7	875.6	192		10548			17666.3	11.30%
4 Services auxiliaires	351.8	1938.9	350.3	435.1	256	386.5	1777.1	1282.2		8760.9	4.30%
5 Bilets médicaux dispensés aux centres ambulatoires**	5090.9			878.2	405.4	610.9	65281.1		1020	74284.5	47.80%
6 Soins de prévention et de santé publique	778.7								796.8	1575.3	1%
7 Affaires générales de santé	30145.6		1029.3	1314.3	170.6	122.1			519.4	33301.3	21.38%
8 Dépense courante totale en santé											
CR.1 Formation du capital	9000								9900	9900	6.30%
CR.2 Consommation du capital										9000	5.80%
9 Dépenses totales de santé											
CR.2 Formation du personnel	414.4								2808	3022.4	2%
CR.3 Recherche et développement	278.5								163.2	429.7	0.30%
CR.4 Laboratoire National de Contrôle du Médicament	30.6									30.8	0.02%
Dépenses nationales de santé	50510.8	2866.6	2080.3	3504.2	1024	1099.5	78606.2	1282.2	14997.2	155971.2	100%
Référence avec totaux obtenus de FSsFA											
Pourcentage	32%	1.80%	1.30%	2.20%	0.65%	0.70%	50.30%	0.80%	9.60%	100%	
Autres chartes Dreu											

### V.1.2. Le niveau de la dépense de santé

La Dépense Globale de Santé a atteint un peu plus de **155 Milliards F CFA** en 2001 (**211 Millions USD**), c'est-à-dire près de **16500 F CFA** par habitant (**22,5 US \$** au taux de change courant 2001 ou **67 US \$** en terme de Parité de Pouvoir d'Achat). Elle représente **4,6%** du PIB dans un contexte, où la croissance économique de l'année 2001 est restée honorable (**4,7%**) grâce à une assez bonne conjoncture sur l'ensemble des secteurs et à un niveau des prix assez stable. Le déflateur du PIB a progressé en moyenne de **2%** sur la période 1996-2001. Le taux de change courant en US dollars par FCFA est de **733**. Le PIB par habitant est de **340** pour **1000 FCFA** et de **477 USD** ce qui fait que le poids relatif de la santé en terme de PIB/habitant est de **16300 FCFA (22 USD)**.

#### Les Sources de financement par type d'Institution

La première matrice est le tableau croisé des sources de financement et des agents intermédiaires. Les sources primaires de financement sont les ménages (financement au détriment de leurs revenus profits), les bailleurs extérieurs mais aussi les entreprises. Les institutions intermédiaires sont de deux ordres : l'Etat (par ses différents ministères concernés) qui interviennent pour « mutualiser » le risque économique lié au recours aux soins modernes consécutifs à l'incidence des maladies. Ce partage des risques peut être volontaire (mutuelles, assurances privées), ou imposé par l'Etat (Sécurité Sociale, Fonds National de Retraite, IPRES).

Cette matrice montre que la source principale de financement est constituée par les ménages (comités de santé inclus), qui sont à l'origine de **37%** des dépenses.

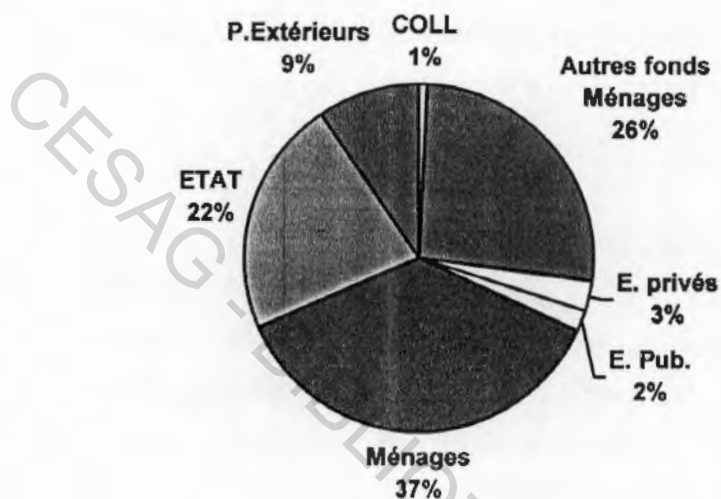
L'Etat, par le biais de son budget, finance **22 %** de la dépense globale de santé soit **34468 Millions de F CFA (47 Millions USD)** ; par ailleurs il reçoit son financement de ces trois sources selon diverses modalités (fiscalité, emprunts, dons).

Les parts des Fonds des Employeurs publics est de **2834 Millions de F CFA** ou **3,8 Millions USD (2%)** et celui des Employeurs privés est de **4548 Millions de F CFA** ou **6,2 Millions USD (3%)**.



Quant aux collectivités locales, elles représentent la part la plus faible 1317 Millions de F CFA ou 1,8 Millions USD (1%) parmi les institutions, sources de financement. La coopération internationale participe seulement à 9% en raison de son faible taux d'exécution financière (51%) [31]. Le Graphique 1 illustre les parts des différents types d'institutions dans le financement de la santé au Sénégal en 2001.

**Graphique 1 : Les Sources de financement par type d'institution, 2001.**



Une analyse des différentes sources de financement nous permet de faire les remarques suivantes :

- la dépense en soins des ménages par tête d'habitant est de 10.000 FCFA (13,6 USD) alors que la dépense du gouvernement par tête d'habitant est de 3.480 FCFA (4,7 USD),
- les dépenses privées de santé sont estimées à 93 Milliards de FCFA (126,8 Millions USD) ce qui est 1,5 fois plus important que les dépenses publiques de santé.

Quant aux agents intermédiaires, l'analyse peut être faite en tenant compte de plusieurs facteurs. Parmi les ministères, c'est le MEN qui a le budget le plus élevé, 93 Milliards de FCFA soit quatre fois celui de la santé. Ce Ministère dépense 1,2% de son budget pour la santé scolaire (étudiants et élèves). Quant au MFA, il a un budget qui est deux fois plus que celui de la santé et contribue à raison de 0,3 % pour la santé

des forces armées. Mais ce faible pourcentage ne traduit pas l'importance de la contribution du MFA à l'effort de santé au Sénégal car outre ces ressources humaines, l'armée sénégalaise contribue à la performance du système sanitaire. Le Ministère de l'Intérieur a un budget qui est presque similaire à celui de la santé, sa contribution pour les dépenses de santé de ses agents est estimée à 10%.

### Les Sources par nature du financement

Lorsqu'on analyse les sources par nature du financement (tableau 1), c'est le paiement direct net des ménages qui prédomine avec 36 % des dépenses de santé ; et 27% de ces dépenses se font par les transferts. Ces transferts sont les autres fonds des ménages qui correspondent aux financements indéterminés. Quant aux financements indéterminés, ils se répartissent entre les paiements directs de l'extérieur (aides ponctuelles venant de l'étranger pour des besoins de santé d'un tiers résidant au Sénégal), le paiement de certains employeurs pour aider leurs employés en difficulté (ceci ne passent pas par le circuit des cotisations sociales), les transferts familiaux internes (chaîne de solidarité spontanée à l'occasion d'un problème de santé à prendre en charge dans la famille) et les dépenses de subsistance et autres coûts sociaux indirects engendrés par la maladie.

Les recettes fiscales sont à l'origine environ du cinquième des dépenses de santé. Le reste du budget de l'Etat est consommé par les Ministères, les collectivités locales, les administrations de sécurité sociale, les pouvoirs publics et les subventions.

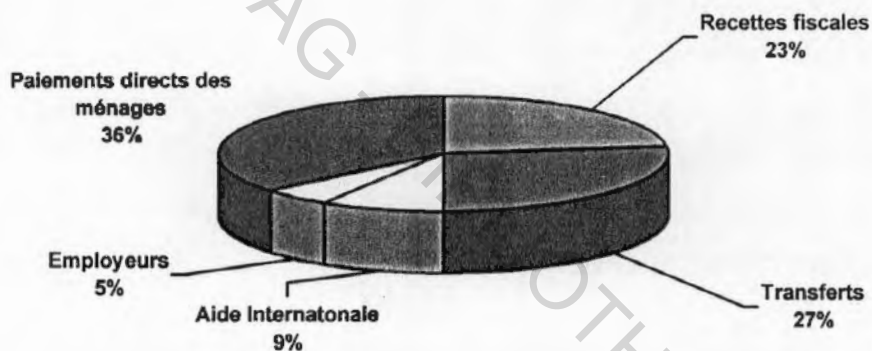
L'aide public au développement sanitaire est de **14802 Millions de F CFA (20 Millions USD)** ; ce qui veut dire les partenaires extérieurs ont donné **1510 F CFA (2dollars US)** à chaque habitant pour leurs dépenses de santé en 2001 au Sénégal. L'apport des partenaires extérieurs (annexe 7) montre que c'est la Banque Mondiale qui contribue le plus au développement sanitaire (18% du reste du monde), elle est suivie par le Fonds Espagnol, l' USAID, la JICA, le Fonds d'Aide et de Coopération, la Banque Africaine de Développement et les autres Institutions Internationales.

On dénombre au total 19 donateurs qui ont contribué aux dépenses de santé en 2001 au Sénégal. Il faut remarquer que les dons peuvent se faire avec ou sans conditionnalités. La grande part du financement de la Banque Mondiale est utilisée

pour financer des projets d'investissement public (emprunts) dans le cadre du PTIP. Les conditionnalités sont élevées au rang de politiques spécifiques ce qui influe sur les priorités nationales, notamment sur les stratégies d'orientation du PDIS.

Quant aux autres sources de financement, elles sont marginales avec 5% pour les employeurs. L'Etat couvre près de 2834 Millions de F CFA (3,8 Millions USD) pour ses fonctionnaires par le biais du MEF et les employeurs privés, 4548 Millions de F CFA (6,2 Millions USD). Cette répartition des sources de financement selon leur nature est représentée sur le Graphique 2.

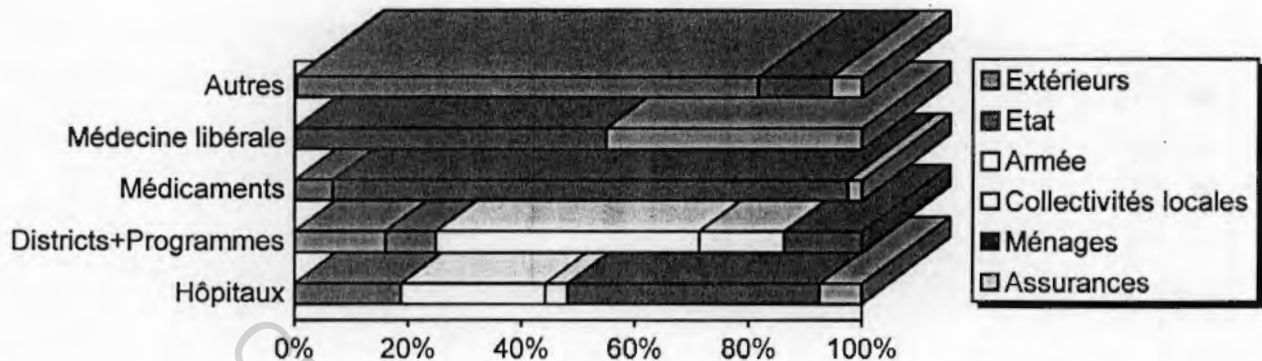
**Graphique 2 : Les Sources de financement par nature, 2001.**



### Le financement de la santé par grand type d'activité au Sénégal en 2001

La spécificité du Sénégal est de reposer sur une forte contribution des ménages alors que le revenu moyen est très bas[4,26]. Il se pose donc le problème de l'accessibilité financière aux soins. Le financement des soins au Sénégal est précisé dans le Graphique suivant :

**Graphique 3 : Le financement de la santé par grand type d'activité au Sénégal (milliards de franc CFA 2001)**



On remarque qu'environ 60% du financement des soins proviennent des ménages, contre 32% par l'Etat. L'extérieur contribue 1,4% des soins de santé. Si l'on ajoute les contributions des ménages sous forme de paiement direct à celle des assurances, ce sont plus de 64% des dépenses qui sont financées directement ou indirectement par les ménages ou les entreprises. Il faut dire que l'organisation de la contribution des ménages en contribution communautaire au financement de la santé a allégé leur participation financière à travers certains organismes tels que le Fonds Rural, le Programme National d'Investissement Rural (PNIR), l'Initiative de Bamako (IB).

### V.1.3. Les Mécanismes du financement de la santé au Sénégal

#### V.1.3.1. Les Mécanismes du financement par l'Etat

##### V.1.3.1.1. La mobilisation des ressources du financement étatique vers la santé en 2001

L'allocation des ressources de l'Etat ont pour objet de résoudre les inéquités et d'améliorer la santé des populations en fonction des besoins et des priorités.

##### V.1.3.1.1.1. Les Impôts (voir graphique 11)

La fiscalité, contribution obligatoire sans affectation spéciale de l'Etat, s'est élevée globalement en 2001 à 469 Milliards de FCFA, dont 24 Milliards (32,7 Millions USD) soit 5% ont été affectés à la santé (Ministère de la Santé et les entités sanitaires relevant des autres Ministères et des pouvoirs publics).

Quant à la parafiscalité qui est la fiscalité prédestinée, ou encore les taxes spéciales sur l'alcool, le tabac, le café et le thé ; elle est estimée en 2001 à **8,9 Milliards de FCFA (12 Millions USD)**.

Toute chose étant égale par ailleurs, l'assiette fiscale pour la santé qui repose sur les impôts directs sur les revenus et les impôts indirects à l'occasion des opérations économiques et s'élève à **35 Milliards de FCFA**.

La structure fiscale montre que ce sont les impôts indirects qui prédominent dans l'assiette fiscale (76%). Cette prédominance des Impôts indirects met en exergue une équité absolue, car elle est fonction des dépenses publiques, donc du nombre de contribuables.

En réalité il y a plus de marges que de taxes. Le taux d'imposition étant progressif. Malgré tous les efforts consentis, les recettes fiscales demeurent insuffisantes notamment parce que le secteur informel représente 60% du PIB et fournit 90% des emplois.

#### **V.1.3.1.1.2 Les Dons et les Emprunts**

En 2001, l'aide internationale dans le domaine de la santé s'est élevée à **14,8 Milliards de FCFA (20 Millions USD)** représentant 11,8% de l'ensemble des dons et emprunts effectués par l'Etat (**118 Milliards de FCFA**) ou encore 4,4 % de l'aide des bailleurs de fonds au pays (**334,3 Milliards de FCFA ou 10% PIB**).

L'aide publique au développement par habitant est estimée à **1510 FCFA (2 USD)**. Mais les  $\frac{3}{4}$  de ces subventions sont faites avec des conditionnalités telles que : la limitation de l'auto-responsabilité et la limitation du développement endogène.

Quant aux emprunts (39,8% des appuis extérieurs), généralement utilisés pour financer des projets d'investissement public, ils proviennent des Institutions Internationales telles que la Banque Mondiale et la Banque Africaine de Développement. Ces emprunts sont des mobilisations financières supranationales à long terme. Ils entrent surtout dans les cadres des approches du financement par

l'investissement pour la Banque Africaine de Développement et du financement par l'éradication de la pauvreté pour la Banque Mondiale.

#### **V.1.3.1.1.3. Le Paiement effectué les usagers**

Depuis 1998, avec la réforme hospitalière, l'Etat n'est plus un agent économique pour le système sanitaire du fait de l'autonomie de gestion des Etablissements Publics de Santé.

Etant donné que les ménages financent essentiellement par le paiement direct, les prestataires recevront leurs ressources des ménages.

Parmi les différentes modalités de paiement qui sont utilisées dans les systèmes sanitaires tels que le paiement à l'acte, l'inclusion ou non du prix du médicament (soit paiement au médicament, soit paiement éclaté), le paiement forfaitaire à l'acte et le paiement forfaitaire par épisode maladie ; au Sénégal, les ménages ont payé directement à l'acte médical, **98 Milliards de F CFA (133,6 Millions USD)** en 2001. L'idéal, dans ce contexte, serait le paiement forfaitaire à l'acte ; mais la difficulté résiderait en l'élaboration des tarifs et la gestion de la filière pharmaceutique. Quoiqu'il en soit les pauvres seront presque toujours marginalisés et recourront aux soins les plus accessibles comme les soins de médecine traditionnelle. Des **98 Milliards de FCFA** provenant des ménages, seuls **13 Milliards de FCFA (17,7 Millions USD)** sont rentrés réellement dans les caisses de l'Etat. Le reste des **85 Milliards de FCFA (115 Millions USD)** vont se répartir entre les prestataires privés, les tradipraticiens, les officines privées et certains prestataires publics complaisantes. Dans le secteur public, les ménages financent jusqu'aux dépenses de subsistances leur séjour dans les milieux hospitaliers ; cette situation remet en cause les dépenses alimentaires dans le secteur. Le redéploiement des dépenses alimentaires vers d'autres dépenses du système, ne serait-il pas pertinent ?

#### **V.1.3.1.2. L' Allocation des ressources étatiques**

##### **V.1.3.1.2.1. L'Orientation des ressources de la santé**

L'Allocation budgétaire à partir des recettes fiscales non prédestinées se fait sur la base des recommandations de l'OMS, faute d'une étude sur les critères d'allocation des ressources. Les besoins des différentes structures sanitaires sont variables aussi bien du point de vue géographique, épidémiologique et économique.

La part des impôts spéciaux tels que : l'alcool, le tabac, le thé et le café ; ne semble pas augmenter de façon significative le budget alloué à la santé. Un redressement est nécessaire pour redéfinir ces impôts prédestinés.

#### **V.1.3.1.2.2. La répartition de ressources financières orientées vers la santé**

##### **V.1.3.1.2.2.1 Répartition selon les orientations de la politique de santé**

Le PNDS s'articule autour de 11 orientations stratégiques pour atteindre l'objectif « Améliorer l'état de santé des populations » qui sera réalisé avec la réduction sensible de la mortalité, de la morbidité, de l'invalidité et des problèmes. L'ensemble de ces orientations stratégiques sont axées sur le renforcement des Soins de Santé Primaires qui restent à la base de la Politique de Santé et d'Action Sociale du Sénégal. L'ensemble de ces orientations stratégiques ont consommé en 2001, 75,8 **Milliards de FCFA** ou **103,4 Millions USD** (annexe 23).

L'amélioration de la qualité des soins représente les 30% des ressources financières allouées au PDIS . Cette stratégie permet :

- de définir les paquets minimum d'activités et d'améliorer le plateau technique à tous les niveaux,
- d'assurer une disponibilité des médicaments essentiels,
- de moderniser les Banques de sang,
- de renforcer le Centre National Appareillage Orthopédique et le centre Talibou Dabo,
- d'assurer la supervision.

Des **22,7 Milliards de FCFA** allouées pour l'amélioration de la qualité de soins, 60% vont au fonctionnement.

La deuxième orientation stratégique la plus financée est celle de l'amélioration de l'accessibilité des services. Elle consomme 27% des ressources financières. Elle a pour objectif d'améliorer la couverture sanitaire et de faciliter l'accès aux structures. Elle s'oriente essentiellement vers l'investissement (96%).

Le développement des ressources humaines est la 3<sup>e</sup> orientation stratégique qui a demandé le plus de ressources financières (23%). La définition des normes de

Le développement des ressources humaines est la 3<sup>e</sup> orientation stratégique qui a demandé le plus de ressources financières (23%). La définition des normes de personnel pour les différentes structures sanitaires et les besoins supplémentaires en personnel pose le problème du plan de recrutement et du redéploiement. La construction de nouveaux centres exige un cadrage avec l'effectif disponible.

L'accessibilité des performances des programmes de la santé de la reproduction est une approche par cible qui à l'avantage de répertorier les offres disponibles et de proposer des soins intégrés de qualité. Elle va permettre : le recentrage des objectifs du SNSR. De part son financement, **4,2 Milliards de FCFA (5,7 Millions USD)**, elle consomme 5% des ressources allouées au PDIS.

Les Réformes de la santé se résument à l'assainissement de l'environnement juridique, réglementaire du secteur de la santé. Leur financement en 2001 s'élève à **3,5 Milliards de FCFA (4,7 Millions USD)** soit 4,8 % du budget du PDIS.

La surveillance épidémiologique et le renforcement du contrôle des maladies endémiques, de même que l'appui institutionnel intéressent plusieurs rubriques du secteur de la prévention du MSHP tels que l'appui aux programmes de lutte contre les grandes endémies, l'informatisation du système d'Information à des fin de gestion. Ces 2 stratégies ont consommé en terme de ressources financières chacune **2 Milliards de FCFA (2,7 Millions USD)**, soit 4,7% du budget du PDIS pour l'ensemble des 2 stratégies.

La promotion des mesures de protection individuelle et collective par l'Hygiène-Assainissement et l'Education pour la Santé (1,75%); l'appui au secteur privé et à la médecine traditionnelle, le développement de la recherche opérationnelle et l'amélioration du cadre de vie des familles et des groupes sociaux vulnérables ont représenté 3% de l'ensemble des ressources financières allouées au PDIS.



#### V.1.3.1.2.2.2 Répartition selon le type d'activité sanitaire

Les Dépenses de prévention ne représentent que 11% du Budget alloué à la santé.

Les activités curatives sont largement prédominantes. Le ratio de prévention/curatif est bas, posant le problème de l'équité d'utilisation des différents types d'activités. Un cadrage budgétaire subtile s'impose sur les bases factuelles et conceptuelles.

#### V.1.3.1.2.2.3 Répartition selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire (voir Matrice 2)

L'analyse de la matrice 2 (affectation aux prestataires de soins de santé par les payeurs du secteur public en 2001 en millions de FCFA au Sénégal), montre que les SSP représentent 32% de la dépense pour les soins de santé alors que les 68% vont aux SSS.

Lorsque l'analyse de la répartition selon les niveaux de la pyramide sanitaire est faite en tenant compte des dépenses en capital, et des subventions, la répartition entre niveau de la pyramide sanitaire change. Quand tient compte uniquement des dépenses récurrentes, la répartition se fait au profit des SSP (56%) contre les SSS (44%), la même situation se reproduit lorsqu'on tient compte des dépenses en capital (Annexe 9) si bien que les dépenses en SSP sont globalement 17 fois plus important que les dépenses en SSS.

En réalité, l'Etat tend à respecter ses engagements par rapport à sa politique de santé et aux normes d'Alma Ata.

#### V.1.3.1.2.2.4 Répartition selon la couverture sanitaire

Le soucis d'une bonne couverture sanitaire relève de l'Amélioration dans l'accessibilité des services de santé. Cette stratégie qui consomme en terme de ressources financières 19,7 Milliards de FCFA (26,8 Millions USD), réoriente ses ressources dans 3 rubriques économiques :

##### V.1.3.1.2.2.4.1. Les infrastructures (6,5 Milliards FCFA ou 8,8 Millions USD)

Les indicateurs d'impact et de couverture montrent que (annexe 10) :

- La couverture en hôpitaux est de un hôpital pour 476 000 Habitants, ce qui est en deçà des normes de l'OMS. Le nombre total de lits d'hôpitaux est de

4116 pour tout le Sénégal dont 2310 sont à Dakar et 1806 dans l'ensemble des autres régions. Cette couverture en lits d'hôpitaux est de 865 habitants par lit pour la région de Dakar et de 3300 habitants par lit pour l'ensemble des autres régions du Sénégal. Le coût moyen de subvention étatique d'un lit d'hôpital de niveau national est de **2,3 Millions de FCFA (3137 USD)** alors que celui de niveau régional est de **1,2 Millions de FCFA (1637 USD)**.

- La couverture en centre de santé est de un centre pour 160 000 habitants. La couverture en poste de santé est acceptable un poste pour 11 000 habitants. Le rayon d'accès à une structure sanitaire est de 9,3km.

Elles consomment les 33% des ressources financières destinées à la couverture sanitaire car tous les indicateurs sont toujours en deçà des norme de l'OMS.

#### **V.1.3.1.2.2.4.2. La logistique (3,2 Milliards FCFA ou 4,3 Millions USD)**

Le parc automobile répond plus ou moins aux nécessités ambulatoires des services périphériques et hospitaliers. Mais le système de référence recours n'est pas encore très fonctionnel. Les usagers prennent habituellement des moyens particuliers de déplacement pour leur soin en urgence.

#### **V.1.3.1.2.2.4.3. Les ressources humaines (9 Milliards FCFA ou 12,2 Millions USD)**

Les couvertures en Médecin (1/13210 habitants), en Sage-femme d'Etat (1/6124 habitants) et en infirmier d'Etat (1/4570) sont nettement inférieurs aux normes de l'OMS. Le déficit en personnel est important et concerne surtout les personnels médicaux et paramédicaux.

Les autres catégories de personnel sont nettement plus importantes, mais ne constitue pas la clé de l'amélioration de l'état de santé des populations.

Elles sont toujours insuffisante et inégalement réparties dans toute l'étendu du territoire sénégalais. Il y a une forte concentration du personnel à Dakar (34,5%).

D'une manière holistique le personnel aussi bien public que privé consomme **19 Milliards de FCFA (dont 9 Milliards FCFA pour le personnel du secteur public)**. Le personnel militaire qui représente 0,75% du personnel de santé est pris en compte dans le budget de la santé.

### **V.1.3.2. Les Mécanismes du financement de la santé par les partenaires extérieurs**

Les partenaires extérieurs contribuent essentiellement sous forme de dons. Mais ces donations sont fortement limitées par des conditionnalités et par leur faible taux d'exécution. L'accès aux données comptables des donateurs n'est pas évidente pour répartir ce type de financement.

### **V.1.3.3. Les Mécanismes du financement de la santé par les sources secondaires**

#### **V.1.3.3.1. Les Assurances**

Le financement collectif de la santé à travers des mécanismes solidaires ne concerne que 6% de la dépense globale de santé.

##### **V.1.3.3.1.1. Les Assurances obligatoires**

Ce sont les dépenses de santé des institutions qui partagent les risques, comme l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) estimées à environ **350 Millions de F CFA (477 000 USD)**, les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) estimées à **5674 Millions F CFA ( 7,7 Millions USD)**. D'autres dépenses de santé s'y ajoutent telles que celles de la Caisse de Sécurité Sociale (CSS) avec **1730 Millions de F CFA (2,36 Millions USD)**. Le partage du risque au Sénégal a consommé en terme de dépenses de santé en 2001, **8778 Millions de F CFA (11,9 Millions USD)**.

##### **V.1.3.3.1.1.1. La Sécurité sociale**

Au Sénégal on dispose d'un système de sécurité sociale éclaté : la gestion du risque vieillesse et invalidité confiée à l'IPRES, celle du risque maladie aux IPM et des risques familles et professionnels à la CSS et mobilisent ensemble **7754 Millions de F CFA (10,5 Millions USD)**, qui intéresse essentiellement la population active (matrices 1 et 2).

La CSS s'occupe des cas de maladies professionnelles et accidents de travail, et l'assurance-maladie privée complémentaire pour les travailleurs et de premier franc pour les professions libérales.

On dénombre actuellement, environ 112 IPM dont 82% sont localisées dans la région de Dakar[30].

#### **V.1.3.3.1.1.2. L'Assurance retraite**

L'IPRES assure les pensions et la protection maladie des retraités. Il existe par ailleurs un système d'assurance maladie centralisée obligatoire[30] qui concerne qu'une infime partie des populations 14% soit 1 300 000 bénéficiaires (travailleurs et retraités du secteur formel de l'Etat), c'est le régime des fonctionnaires ou le Fonds National de Retraite (FNR). Cette structure en dépit des nombreux maux qui la minent (effectifs, arriérés de cotisations dus par l'Etat et les entreprises publiques, délais de remboursement excessifs, utilisation complaisante des lettres de garanties) est arrivé bon an mal an à dépenser pour la santé des fonctionnaires **3500 Millions de F CFA (4,7 Millions USD)** (annexe 20).

#### **V.1.3.3.1.2. Les Assurances facultatives ou volontaires**

##### **V.1.3.3.1.2.1. Les Assurances commerciales ou Assurances privées**

L'assurance maladie privée à but lucratif a pris de l'ampleur au Sénégal face à la question du partage du risque maladie et de la maîtrise de la croissance des dépenses de santé. La plupart des assurances sénégalaises fonctionnent sur le système du tiers payant, l'assurance règle secondairement le producteur de soins. Dans notre travail, 15000 personnes ont souscrit à des régimes offerts par huit sociétés soit pour un montant dépensé en terme de soins des santé estimé à **1024 Millions de F CFA (1,3 Millions USD)**.

Toutefois, l'assurance-maladie privée n'est pas la solution aux défis à relever au Sénégal que sont : la protection des pauvres et la maîtrise des dépenses (annexe 20).

##### **V.1.3.3.1.2.2. Les Mutuelles de santé**

On dénombre 29 mutuelles de santé fonctionnelles[28]. Elles ont dépensé **1,099 Milliards de FCFA (1,5 Millions USD)** pour la santé de leurs adhérents. Le principe de leur fonctionnement étant le libre consentement ou la libre adhésion. L'intérêt des mutuelles de santé et l'exercice de leur promotion ont un double impact :

- ◆ la contribution des populations à l'effort de santé,
- ◆ l'organisation des communautés à prendre en charge leur santé en amont.

En terme de pérennité et de viabilité, les constatations suivantes ont été relevées :

- ◆ une bonne survie des mutuelles de type professionnel,

- ◆ des préoccupations de suivie et de survie des mutuelles volontaires,
- ◆ en milieu rural, les questions de viabilité se posent avec beaucoup d'acuité soit du fait du caractère non homogène de la zone socio-géographique concernée, soit d'un besoin de personnes-ressources avec des considérations ethniques importantes, soit encore du fait de la qualité de la gestion de la mutuelle (nature des prestations techniques, compétences des membres de l'équipe technique).

#### V.1.3.3.2. Les contributions communautaires au financement de la santé en 2001 au Sénégal

Les comités de santé ont dépensé en 2001 au Sénégal 13 Milliards de F CFA (17,7 Millions USD) pour le fonctionnement du système sanitaire soit 1325 FCFA (1,8 USD) par habitant. La communauté participe de plus en plus à l'effort de santé. L'engagement communautaire dans le financement de la santé peut se remarquer à travers son implication dans certains projets :

- le programme d'investissement rural (PNIR),
- la conjonction avec l'Etat pour financer certaines activités,
- la prise en charge des agents de santé,
- l'achat des médicaments et le dispositif de recouvrement des coûts (Initiative de Bamako) qui est encore fragile du fait de l'appui technique insuffisant. Le taux de recouvrement des comités de santé (signe de la capacité d'auto-financement des structures sanitaires) est de 1,18 ce qui est encore loin de la norme qui est de 2,5. La région de Dakar a le plus faible taux 1,10 et celle de Fatick 1,96 le plus fort en 2001. Fatick est une région dépourvue de structure hospitalière et donc entièrement gérée par les collectivités locales. Cette situation montre que les collectivités locales sont plus performantes que l'Etat, d'où la nécessité de leur transférer la gestion de tous les services de santé.

#### V.1.3.3.3. Les collectivités locales

Depuis 1997, les collectivités locales ont une personnalité juridique. Dans le contexte de cette décentralisation, la santé a été l'une des compétences transférées. Ce transfert de compétence s'est accompagné d'un transfert de moyens (parmi lesquels il y a des budgets). En 2001, les collectivités locales (Fonds de Dotation inclus) ont apporté 2,8 Milliards de F CFA (3,8 Millions USD) au financement de la santé soit

285 FCFA par habitant. Ce faible ratio justifie la nécessité de faire un transfert des ressources vers les collectivités afin de mettre en place le dispositif de référence horizontale.

Ce dispositif de référence horizontale exige un personnel qualifié. Or, le personnel engagé par les collectivités locales est majoritairement du personnel de soutien peu qualifié, ce qui nécessite :

- un redéploiement du personnel de soutien vers d'autres secteurs, car source de dépense,
- un recrutement du personnel qualifié,
- la création de DASS régionaux afin de donner l'opportunité aux collectivités locales d'être entièrement des acteurs sur le terrain dans le domaine de la santé, de décentraliser la gestion des hôpitaux (le MSHP ne sera ici qu'un arbitre et concepteur de réformes du système de santé).

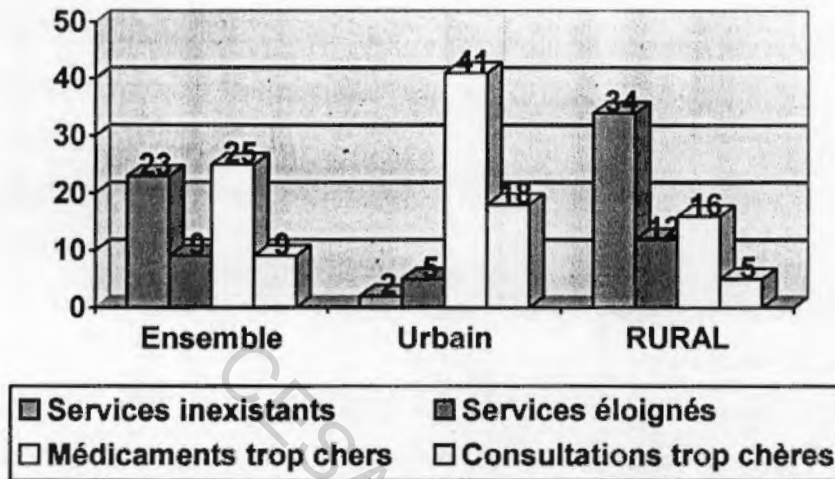
#### ***V.1.3.4. Les Problèmes d'affectation des Ressources Financières***

Au niveau national, le taux de consultation des personnes déclarées malades s'établit selon les statistiques sanitaires et démographiques 1997-2000, à 23,2%. Plus les  $\frac{3}{4}$  de la population s'abstiennent de se faire soigner ou du moins préfère se faire soigner dans le secteur traditionnel ou de façon informelle. La disparité entre la consommation des biens médicaux et les consultations effectivement déclarées nous montre que le financement du système sanitaire est incomplet.

Par ailleurs, les problèmes d'accessibilité financière et/ou physique se posent avec acuité du fait de la paupérisation. Les médicaments, les services de médecins et ceux des hôpitaux représentent plus de 85% des dépenses de santé.

Selon l'ESIS[23], les principaux problèmes pour se soigner sont liés soit à la disponibilité des formations sanitaires et/ou des services soit au coût des soins. Au niveau national, on constate que 30% des enquêtés ignorent l'existence de structures de santé, 31% estiment que la structure n'offre pas le service demandé et 40% citent l'éloignement. Concernant l'accessibilité financière, le coût du médicament a été cité dans 67% des cas, celui des consultations dans 43% et la non disponibilité des médicaments dans 27% des cas. Le graphique 4 montre les différences pour se soigner au Sénégal en 2001.

**Graphique 4** : Les Principaux problèmes pour se soigner selon le milieu de résidence en 2001 au Sénégal



#### V.1.4. La classification fonctionnelle de la dépense de santé

##### La Classification fonctionnelle des dépenses publiques de santé (annexe 21)

La classification fonctionnelle des dépenses de santé peut se faire de plusieurs façons :

- la classification fonctionnelle des dépenses publiques de santé,
- la classification fonctionnelle des dépenses publiques de santé selon le découpage fonctionnel du MSHP,
- la classification fonctionnelle des dépenses privées de santé,
- la classification fonctionnelle des dépenses globales de santé selon le type de prestations.

##### *V.1.4.1. La Classification fonctionnelle des dépenses publiques de santé (annexe 21)*

A partir de l'analyse fonctionnelle des dépenses au profit du MSHP (c'est-à-dire les dépenses budgétaires et les apports des partenaires extérieurs : recettes propres, transferts de l'aide internationale et des autres départements ministériels...), on peut constater que :

- La part du budget de fonctionnement du MSHP (35,7 Milliards de F CFA ou 48,8 Millions USD) dans les dépenses publiques de fonctionnement de l'Etat (373 900 Millions de FCFA ou 510 Millions USD) est de 9,2%,

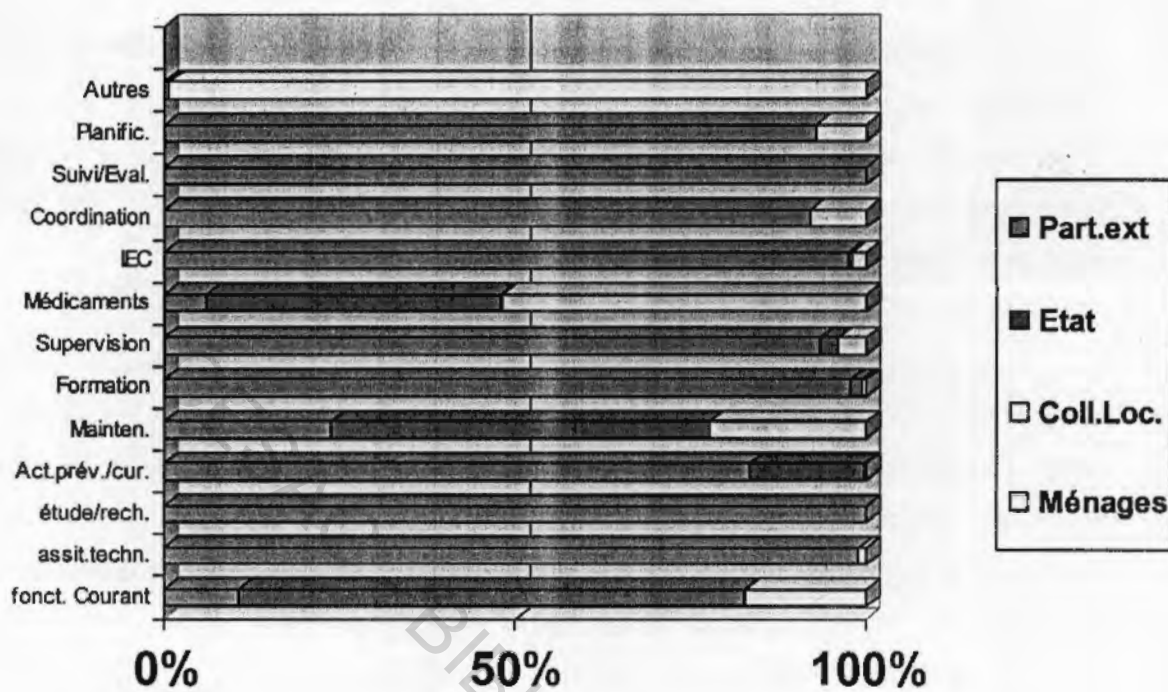
- La part des dépenses publiques de santé (62 Milliards de FCFA ou 84,5 Millions USD) dans le PIB est de 1,8%.

Les dépenses de fonctionnement de l'exercice 2001 par sources de financement sont de plusieurs natures : le fonctionnement courant 3348 Millions de FCFA, l'assistance technique, l'étude/recherche, les activités curatives et préventives, la maintenance, la formation, la supervision, les médicaments, l'information - éducation - communication, la coordination, le suivi/évaluation, la planification et les divers [annexe 5].

Les dépenses récurrentes représentent 33,8% des dépenses de fonctionnement. Elles sont suivies des dépenses en médicaments 24,2% puis des dépenses de formation 11,8%. Les dépenses d'assistance technique constituent les 9,4% des dépenses de fonctionnement. Quant aux dépenses des activités curatives et préventives, elles viennent en 5<sup>ème</sup> position avec 7,7% de l'ensemble des dépenses. La maintenance (6%) et l'I.E.C (3,7%) absorbent les 10% des ressources de fonctionnement. Le reste des dépenses ne concerne que les 4% des dépenses de fonctionnement.



**Graphique 20** : Dépenses de fonctionnement de l'exercice 2001 par sources de financement au Sénégal en Millions de FCFA.



Le graphique 20 montre que l'Etat finance essentiellement le fonctionnement courant, les activités de soins, la maintenance et les fournitures en médicaments du secteur public de la santé. Quand aux partenaires extérieurs, ils financent de façon conséquente toutes les activités. L'usage des médicaments étant l'une des activités qui consomment des ressources financières, on peut apprécier l'effort de l'Etat qui couvre quasiment la moitié de la consommation médicamenteuse du secteur public.

#### V.1.4.2. La classification fonctionnelle des dépenses publiques de santé selon le découpage fonctionnel du MSHP

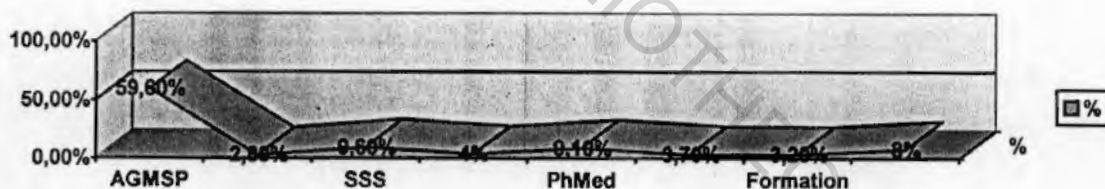
Le découpage fonctionnel du système de santé nous permet d'avoir la répartition suivante :

- Les Affaires générales du Ministère de la Santé, les dépenses s'élèvent à 39867 Millions de FCFA (54,3 Millions USD) soit 59,6%,
- Les Affaires générales de santé publique, c'est à 1576,4 Millions de FCFA (2,1 Millions USD) soit 2,8%,
- Les Soins de santé secondaires coûtent 5350 Millions de FCFA (7,3 Millions USD) soit 9,6%, alors que les Soins de Santé Primaires sont estimés à 2290,7 Millions de FCFA (3,1 Millions USD) soit 4%,

- La Pharmacie et les médicaments ont faits en tout 5091 Millions de FCFA (6,9 Millions USD) soit 9,1%,
- Les Affaires sociales s'élèvent à 2051,9 Millions de FCFA (2,8 Millions USD) soit 3,7%,
- La Formation coûte 1774,6 Millions de FCFA (2,4 Millions USD) soit 3,2%,
- Les autres fonctions du MSHP consomment 4436,5 Millions de FCFA, (6 Millions USD) soit 8%.

Quant au Graphique 7 [annexe 18], il met en exergue la prédominance des affaires générales du MSHP parmi ses structures fonctionnelles (59,6%). Ensuite, ce sont les SSS (9,6%) qui consomment le plus de ressources financières suivis par ordre décroissant de la Pharmacie et du Médicament (9,1%), les autres activités (8%), des affaires sociales (3,7%) et de la Formation (3,2%).

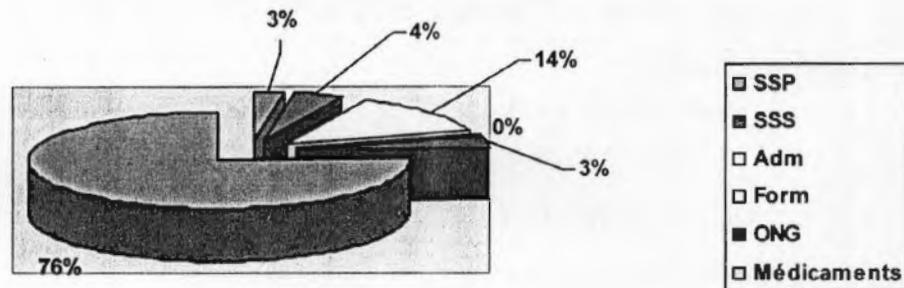
**Graphique 7 :** La classification fonctionnelle selon les différentes structures fonctionnelles du MSHP.



#### V.1.4.3. La classification fonctionnelle des dépenses privées de santé

On dénombre en 2001 au Sénégal, 1155 structures privées [annexe 25]. Les SSP sont assurés dans le secteur privé 551 cabinets médicaux et 567 cabinets paramédicaux alors que les SSS sont du ressort des 37 cliniques privées dénombrées. En terme de ressources financières, les SSP dans le secteur privé reviennent 2069 Millions de FCFA (2,8 Millions USD) alors que les SSS coûtent 3166 Millions de FCFA (4,3 Millions USD). Les ONG participent également à l'effort de santé qui est en terme de ressources financières sont estimés à 2502 Millions de FCFA (3,4 Millions USD). La formation médicale dans les établissements privés de santé est estimée à 120 Millions de FCFA (160 000 USD). La consommation de biens médicaux qui relève fortement du secteur privé est estimée à 60,5 Milliards de F CFA (82,5 Millions USD). L'administration du secteur privé est estimée

à environ 11000 Millions de FCFA (15 Millions USD). Cette classification des dépenses privées de santé est représentée sur le Graphique 21 :

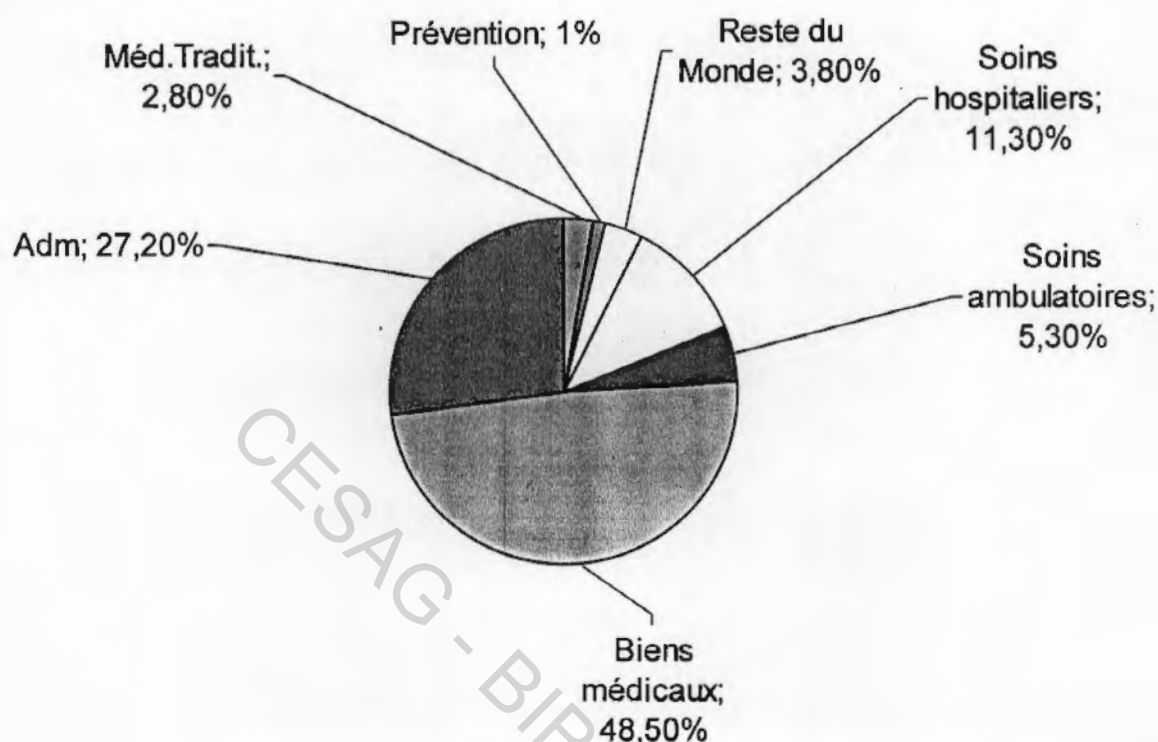


#### V.1.4.4. La classification fonctionnelle des dépenses globales de santé selon le type de prestations

Une simple classification fonctionnelle des dépenses de santé selon les prestations de service sur le Graphique 5 montre que :

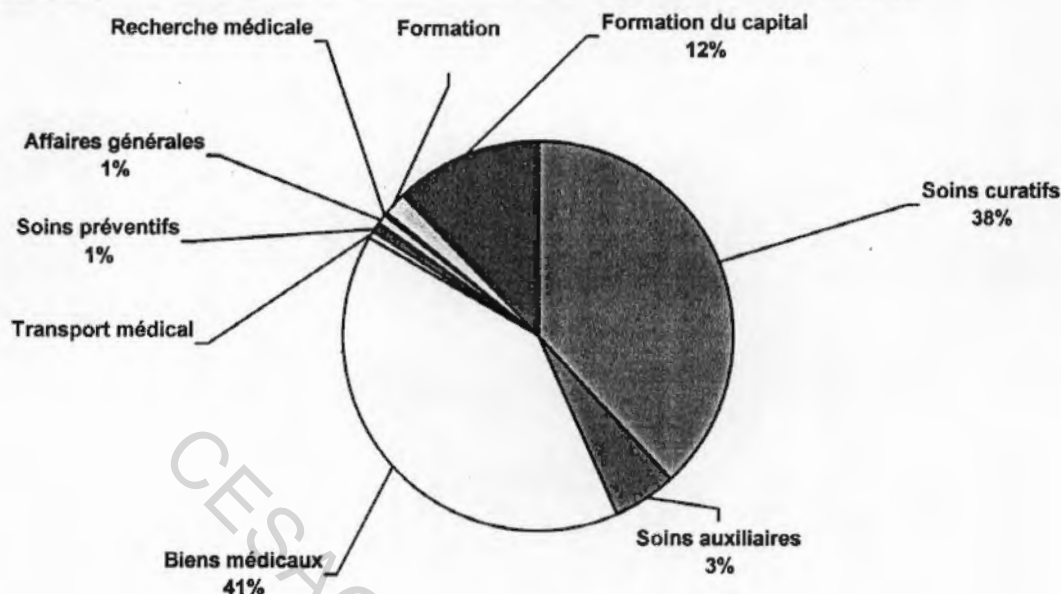
- L'administration bénéficie d'une part importante 27,2% en raison de l'intégration des administrations des prestataires tels que les hôpitaux, les instituts et laboratoires nationaux.
- Les soins ambulatoires ont un poids financier estimé à 5,3% contre 11,3% pour les soins hospitaliers.
- Une faiblesse des activités de prévention de 1%.
- Les activités relatives à la médecine traditionnelle ont bénéficié de 2,8% et le reste du monde 3,8%.
- Les détaillants de biens médicaux et officines ont consommé la part la plus importante 48,5%.

**Graphique 5** : Classification fonctionnelle des dépenses publiques de santé en 2001 au Sénégal.



Une seconde classification fonctionnelle des dépenses de santé selon les fonctions de service montre sur le Graphique 6 que :

- ◆ le système médical consacre plus de 40% à l'achat de médicaments et de biens médicaux en tant que biens de consommation finale ;
- ◆ les soins auxiliaires représentent 3% de la consommation médicale alors que les soins curatifs les 38%, toute chose étant égale par ailleurs, les examens, les consultations externes ainsi que les urgences sont considérés comme des soins auxiliaires ;
- ◆ les affaires générales de santé représentent 1% de ces dépenses, ce faible pourcentage est également observé avec les soins préventifs(1%), le transport médical (0,3%) et la recherche médicale(0,27%) ;
- ◆ la formation des agents de santé représente 2% des dépenses et la formation du capital fixe 12%.

**Graphique 6 : Classification fonctionnelle des dépenses de santé 2001**

Ce graphique nous permet de dire que le poids de l'encadrement du système via son administration ne dépasse pas 40%. La prévention sanitaire collective, surtout dans notre contexte de pays à faible revenu est insuffisante et demeure négligée en raison de sa faible part dans les dépenses de santé alors que les besoins à ce niveau sont considérables surtout dans les milieux défavorisés.

#### V.1.5. La classification économique de la dépense de santé

La classification économique repose sur la ventilation des dépenses de santé selon des rubriques analytiques homogènes d'une nomenclature. Cette classification permet d'identifier l'objet de la dépense.

#### La classification économique des dépenses de santé selon les rubriques :

- les dépenses du Personnel

Dans cette rubriques se classent les postes de dépenses suivantes :

- Dans le secteur public
  - Les charges salariales de personnel de santé = 9,6Milliards de FCFA ;
  - Les charges salariales du personnel hospitalier = 9 Milliards de FCFA ;
  - Les vacations=161,8 Millions de FCFA ;
  - L'assistance technique= 438,2 Millions de FCFA ;

- Dans le secteur privé
  - Les charges salariales du personnel de santé = 10 Milliards FCFA
  - Les vacations = indéterminées

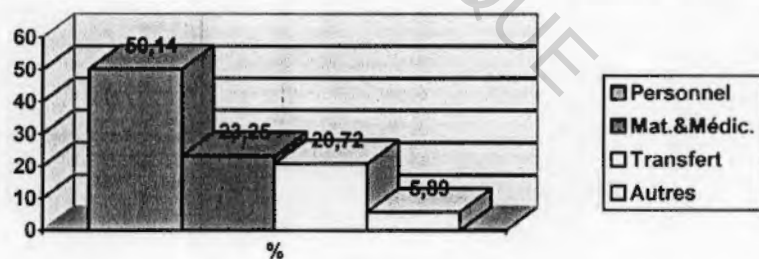
### La classification économique selon la nomenclature du budget de l'Etat (annexe 14) :

Les dépenses se présentent comme suite :

- dépenses de personnel : les dépenses prévues sont de 14 Milliards de FCFA, alors que les dépenses exécutées sont de 9,6 Milliards de FCFA (13 Millions USD) ;
- dépenses d'investissement : les dépenses prévues sont 14 Milliards FCFA quant aux dépenses exécutées, elles sont de 5,4 Milliards de FCFA (7,3 Millions USD) ;
- dépenses de fonctionnement : les dépenses prévues sont de 10 Milliards de FCFA contre 7,4 Milliards de FCFA (10 Millions USD) pour les dépenses exécutées ;
- dépenses de maintenance : les dépenses d'entretien prévues étaient estimées à 1 Milliard de FCFA alors que celles qui ont été consommées sont estimées à 624 Millions de FCFA ou 850 000 USD.

### Graphique 8 : La classification économique des dépenses publiques de santé

répartition du budget de la santé 2001 au Sénégal



Sur le Graphique 8, on note que le poids des rémunérations salariales dans le secteur est élevé en 2001 (près de 48%). L'érection des hôpitaux en établissements publics de santé avec une gestion autonome a changé la masse salariale avec les motivations. Par ailleurs, le MSHP a consacré 22% de ses ressources à l'acquisition d'immobilisation à travers la programmation du budget consolidé d'Investissement de l'Etat (BCI - Etat) avec des projets comme la réhabilitation des centres de santé et le renforcement du plateau technique des hôpitaux. Dans le secteur privé, les

rémunérations demeurent une véritable boîte noire. D'où la nécessité d'une enquête auprès des prestataires de soins en vue de déterminer la répartition des ressources financières mobilisées vers les prestataires de soins.

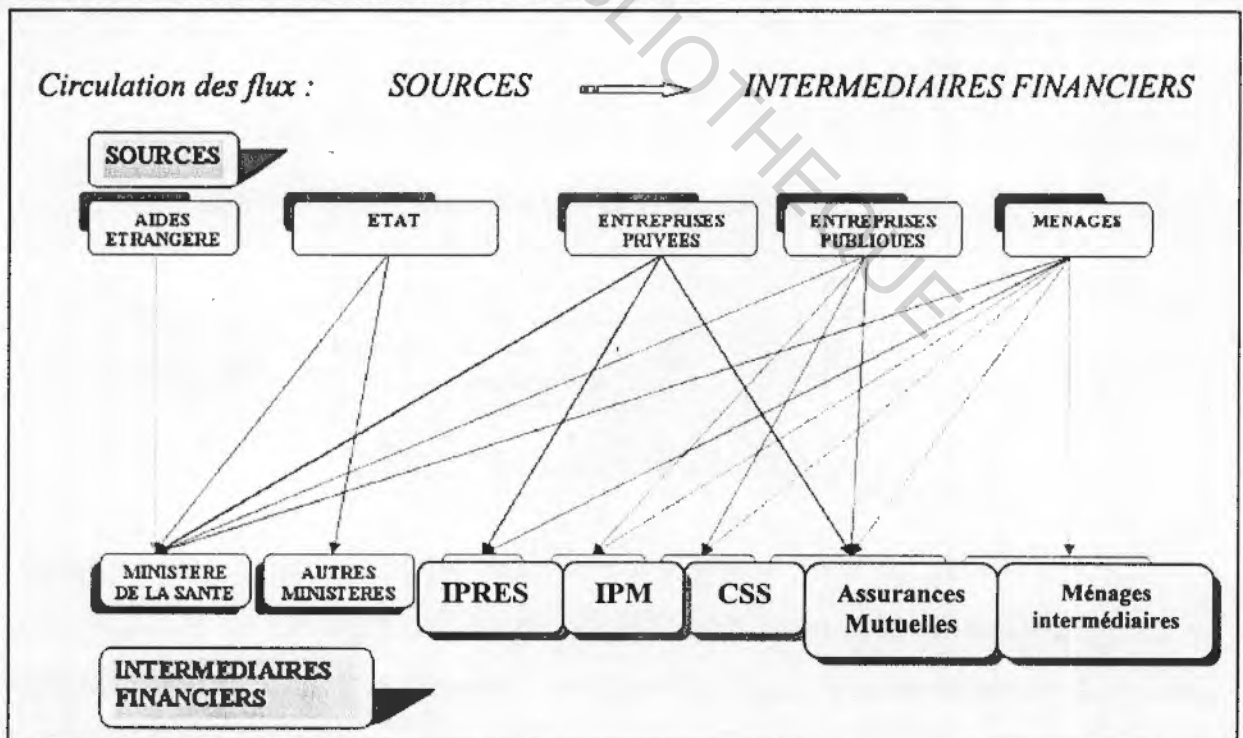
Le ratio Dépenses d'Investissement / Dépenses d'appui est de 0,43 ce qui veut que plus de 40% des donations sont des investissements ; alors que celui des dépenses d'Investissement / Dépenses du Personnel est de 0,56 ce qui veut dire que les dépenses de personnel font 1,7 celles de l'investissement.

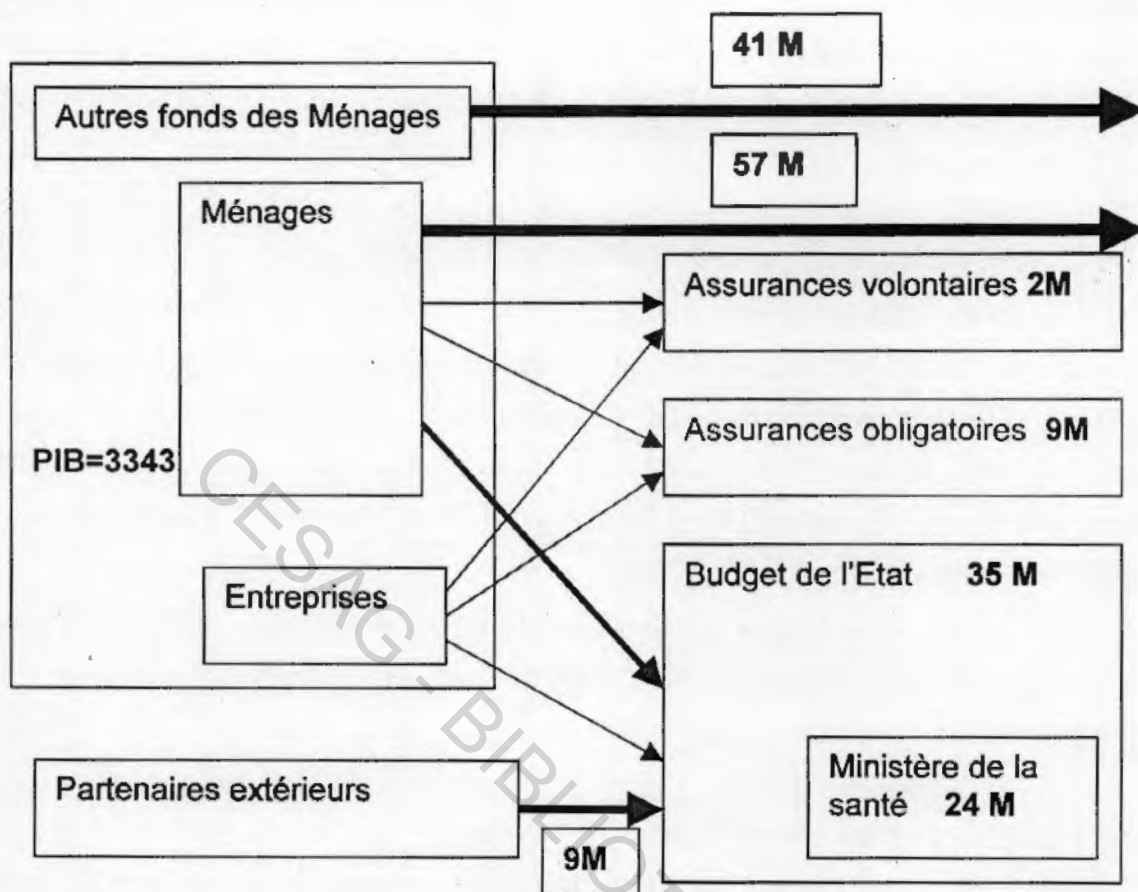
#### V.1.6.L'analyse des sources de financement

L'analyse du financement de la dépense de santé au profit des producteurs de soins et des distributeurs de biens médicaux se fonde sur plusieurs paramètres au Sénégal.

Elle est résumée sur le Graphique 9 :

**Graphique 9 :Le Diagramme de la circulation des flux financiers entre les sources de financement et les institutions intermédiaires.**



**Graphique 10** :Le Dispositif de financement de soins au Sénégal en 2001

Le graphique montre les flux financiers en Milliards de F CFA (M=1Milliard) dans le dispositif de financement de soins au Sénégal. Les flux financiers mettent en exergue la prédominance du financement des Ménages.

#### Le critère d'évaluation des sources de financement : la fiabilité

Le but du dispositif de financement est de fournir un flux stable et pérenne de ressources au système de soins, à partir d'un prélèvement justement réparti sur les populations.

La fiabilité de la source de financement constitue la première dimension de son efficacité. Un dispositif de financement est donc d'autant plus fiable qu'il s'appuie sur une source stable et tendanciellement croissante.

Dans le cas de notre étude, le financement se fait essentiellement par le paiement direct des ménages, donc sa fiabilité dépendra de la stabilité du pouvoir



d'achat des ménages. Depuis la dévaluation du F CFA en 1994, le Sénégal est sur une trajectoire de croissance économique de 5% à 6% par an (moyenne 4,7%) ce qui a permis une nette amélioration du revenu par habitant de 2,5% en 2001 et de ce fait une stabilité du pouvoir d'achat. Si nous raisonnons en terme de pouvoir d'achat, le financement est fiable.

D'autres paramètres d'appréciation de la fiabilité entrent en ligne de compte tel que le coût d'opportunité du paiement des soins : cela veut dire que les priorités des ménages ne doivent pas varier au détriment des soins. Ce coût d'opportunité peut viser les consommations de subsistance, les consommations secondaires, l'épargne, voire le patrimoine. C'est le cas dans notre étude, quand on sait que le revenu par tête est encore faible et est de l'ordre de 477 à 500USD selon les sources des Nations Unies[4,5].

En analysant ces deux dimensions du financement des ménages, on peut conclure qu'elle est légèrement fiable, d'où une urgente nécessité de mettre en place et promouvoir des systèmes de solidarité et de partage des risques.

#### **V.1.7. L'impact du financement sur la performance**

Il s'agit d'une évaluation des différentes sources de financement, de leur aptitude à favoriser l'équité contributive, de leur impact sur la performance du système de soins et sur l'économie générale.

7 critères sont applicables dans cette évaluation :

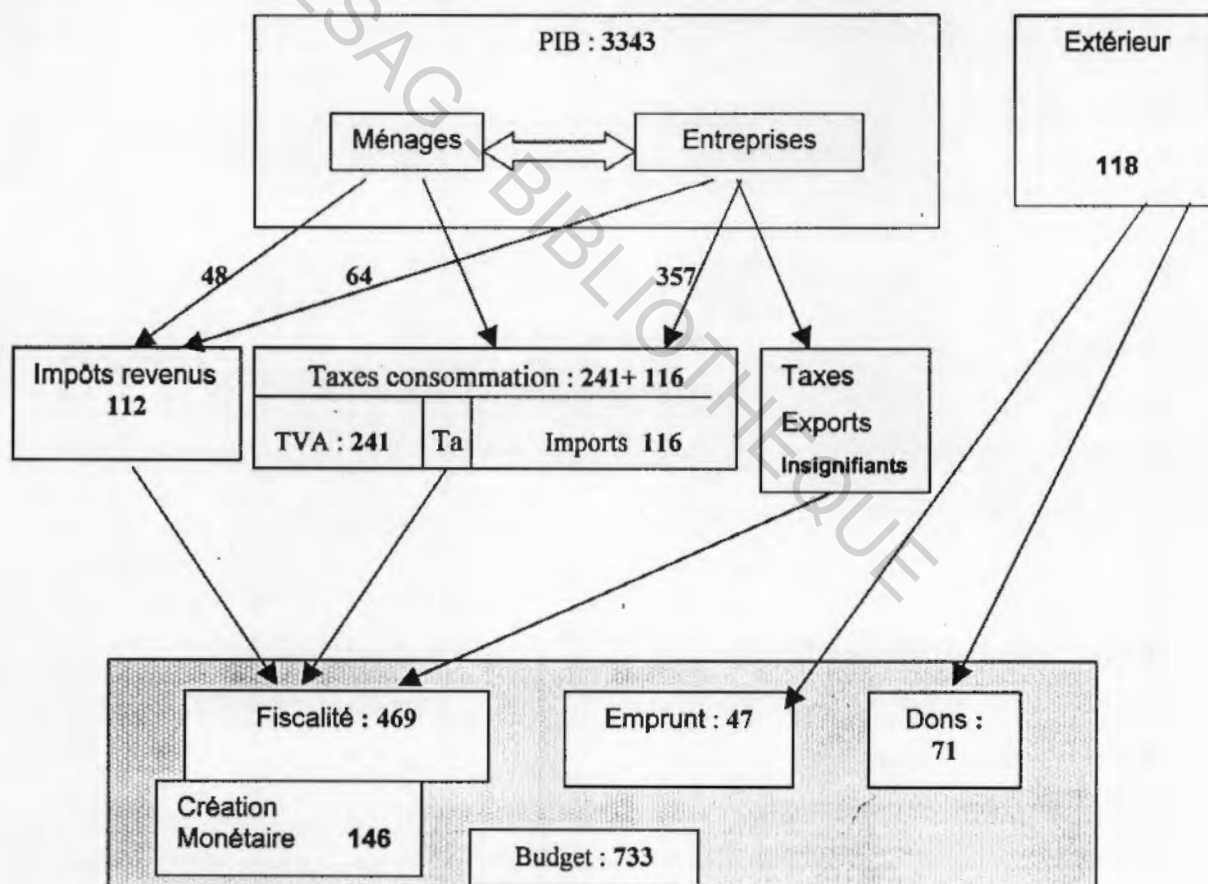
1. la faisabilité administrative par la possibilité d'emprunt du fait la difficulté de faire payer les impôts. Toutefois, l'Etat doit pouvoir coordonner avec certaines organisations caritatives pour que les ressources données soient concentrées vers les secteurs qui en ont besoin,
2. la fiabilité de la source : sensibilité au contexte économique, corrélation avec la situation économique,
3. l'adéquation,
4. l'impact sur l'offre par l'existence d'incitations qui influent sur les décisions et les attitudes des gestionnaires et dispensateurs de services de santé,
5. l'impact sur la demande par la possibilité de réduction de l'utilisation des services du fait de la faiblesse des ressources disponibles,
6. l'équité problème d'équilibre et de justice dans les réalisations publiques,
7. les liens intersectoriels stratégiques qui fournissent d'excellents résultats.

### V.1.7.1. La fiabilité

#### - sources publiques : le budget de l'Etat

Le financement des dépenses de santé passe par le budget de l'Etat (Graphique 11). L'efficacité de ce dispositif résulte de l'efficacité du financement de ce budget (fiscalité, emprunts, dons)[14]. En outre, comme les recettes de l'Etat se fondent dans une caisse unique selon le principe de l'universalité budgétaire, la fiabilité de ce système de financement des soins dépend aussi de la hiérarchie et de la stabilité des priorités d'Etat.

**Graphique 11 :** La contribution des différentes sources de financement du budget de l'Etat au Sénégal en 2001 en Milliards de FCFA.



Ce graphique sur la contribution des différentes sources de financement du budget de l'Etat au Sénégal en 2001 nous montre que les sources de financement des dépenses de fonctionnement de l'Etat sont à 64% des ressources fiscales (dont 36% proviennent de la fiscalité sur les importations, 23% de l'impôt sur les revenus

(Tableau 1).

Les emprunts, essentiellement contractés envers l'extérieur, financent 6,4% des dépenses de fonctionnement de l'Etat et les dons 9,6%.

Pour les dépenses d'investissement, les emprunts couvrent 40% des dépenses et les dons 60%. Le financement public (Etat et collectivités locales) représente au Sénégal presque le quart (22%) des sources de financement du système de soins.

**Tableau 1** : La Fiabilité selon les sources de financement du budget de l'Etat.

Sources de financement	Fiabilité de la source	
	Stabilité de l'assiette	Evolution tendancielle
<b>Fiscalité directe</b>		
Impôts bénéfiques	Faible	Fluctuante
Revenu/pers.phys.	Moyenne	Croissante
<b>Fiscalité indirecte</b>		
TVA	Bonne	Croissante
Taxes affectées	Bonne	Décroissante
Exportations	Matières premières : faible	Croissante
Importations	Bonne	Croissante
<b>Emprunt</b>		
Intérieur	Faible (épargne)	Croissante
Extérieur	Forte	Croissante
<b>Dons</b>	Faible	Décroissante
<b>Création Monnaie</b>	Faible	Fluctuante

Ce tableau résume les paramètres de la fiabilité selon les sources de financement du budget de l'Etat.

### 1. sources parapubliques :

- les cotisations sur les salaires

L'Etat impose aux partenaires sociaux du secteur formel (entreprises et salariés) le financement de caisses d'assurance-maladie, par une cotisation assise sur les salaires. Cette imposition concerne les salariés qui relèvent du code du travail (travailleurs déclarés des entreprises privées et parapubliques et contractuels de l'Etat). Il faut distinguer la cotisation patronale, qui vient en déduction des profits et la cotisation salariale, qui vient en déduction des salaires versés aux employés.

C'est une source qui est assise sur la masse salariale formelle. Elle constitue dans notre étude, une source plutôt fiable parce que peu fluctuante et en hausse.

- Le coût d'opportunité de l'intermédiaire.

Les intermédiaires sont la CSS et l'IPRES. Ces institutions ont le plus souvent d'autres missions que l'assurance-maladie (vieillesse, famille, accidents du travail et maladies professionnelles). La gestion de la caisse n'est pas séparée strictement de la gestion des « risques », ce qui fait que les priorités des responsables de la caisse sont variables : les recettes d'un « risque » venant couvrir les dépenses d'un autre risque. De même les excédents structurels du risque « famille » (réduction progressive de la natalité, baisse de la fécondité) vont à la longue entraîner le déficit structurel du risque « maladie ».

- Le coût d'obtention des fonds : les cotisations sociales.

Le coût de cette source est essentiellement assumé par les entreprises au niveau du service de la paie du personnel.

Le tableau 2 résume cette analyse situationnelle :

**Tableau 2 :** La fiabilité des sources parapubliques de financement de la santé

Sources de financement	Fiabilité de la source	
	Stabilité	Tendance
Cotisation assise sur les salaires	Bonne, Taux de chômage est de 48%	Tendance croissante au Sénégal en 2001
Cotisation patronale		
Cotisation salariale		

**- sources privées :**

- Le paiement direct

La stabilité et l'évolution de ce mode de financement est fonction de la stabilité et de l'évolution des revenus. Jusqu'en 2001 depuis la dévaluation du F CFA, les revenus par habitant sont croissants. Toutefois, 2002, la crise sectorielle qui a affecté le secteur agricole a affecté la disposition à payer pour les soins de la population. Cette situation qui n'intéresse pas notre période d'étude mérite d'être soulignée même si jusqu'en 2001, une certaine stabilité a été observée.

- L'assurance volontaire

Au Sénégal, dans l'état actuel du développement de l'assurance commerciale, les assurés sont : les cadres supérieurs du secteur formel et les salariés bénéficiant d'un contrat de groupe au profit de leur entreprise.

L'assurance privée ne concerne qu'une minorité favorisée, mais les mutuelles n'intègrent pas non plus facilement les pauvres.

En outre, les effets de sélections adverses et de moral hazard, propres à tout dispositif d'assurance, peuvent conduire à des situations inéquitables.

- Le coût d'opportunité.

Au niveau du premier payeur (paiement direct, adhésion à une mutuelle), le coût d'opportunité des soins ou de la prime peut résider dans une réduction de son épargne. Ce n'est pas le cas pour les ménages concernés par ce type de financement des soins. Le coût d'opportunité correspond à des dépenses « non essentielles », mais aussi à des dépenses de subsistance ou encore à l'aliénation d'un bien durable. Il y a une forte instabilité du financement des prestataires.

L'accroissement des dépenses de soins se fait donc au détriment de certaines pratiques qui sont perçues comme prioritaires (funérailles, cérémonies diverses).

- Le coût d'obtention

Dans le cas du paiement direct, le faible coût d'obtention est supporté par le prestataire. Mais dans le cas d'une mutuelle ou d'un assureur, le coût de fonctionnement de cette source dépend largement des modalités de paiement. Le prestataire préfère les modalités de paiement forfaitaire. La rémunération des médecins libéraux se font selon les nomenclatures d'actes médicaux, issues des pratiques occidentales. Les assureurs préfèrent les règlements par l'enveloppe globale prépayée ou le forfait prépayé, mais aussi des dispositifs qui permettent un contrôle de l'activité des prestataires.

Le tableau 3 suivant regroupe :

**Tableau 3:** La fiabilité des sources privées de financement de la santé

Sources de financement	Fiabilité de la source	
	Stabilité	Tendance
Paiement direct	Lié à l'évolution des revenus qui est en nette progression depuis 1994	
Assurance volontaire		
Mutuelle	Favorable	Favorable
Assurance privée	favorable	Lié au développement du salariat formel

#### V.1.7.2. L'équité contributive

L'équité du fonctionnement du système de santé exige donc que soient réunis à la fois des conditions pour favoriser l'équité dans l'accès et dans le financement des prestations offertes par le système.

En somme, il s'agit d'assurer un financement équitable entre les pauvres et les riches afin de faire en sorte que le coût des services jugés fondamentaux ne soit pas un obstacle à la consommation pour les personnes en difficulté.

Lorsqu'on calcule le score d'équité selon la méthode de Kwabata (voir annexe 24) :

L'indice de l'équité de la contribution financière en 2001 au Sénégal est égal à 97,5% alors que l'indice d'inégalité est égale à 0,02196. Ce score tend vers 1, donc signifie que le système de santé est équitable. Au fond, une analyse par sources semble faire ressortir une certaine disparité dans les contributions financières des ménages selon les régions.

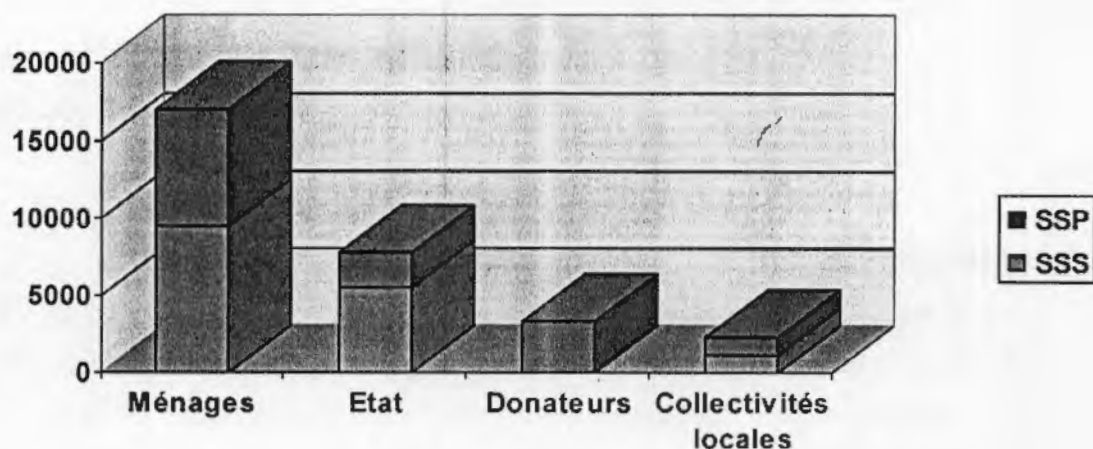
#### -Les sources publiques

Il y a quelques problèmes de répartition des ressources financières. Chez les non pauvres, le poids des dépenses de médicaments décroît selon qu'on passe de Dakar au milieu rural. Ce poids est plus important chez les pauvres. La consommation des médecins reste partout supérieure quelle que soit la catégorie de ménages.

La pertinence des participations des collectivités locales et l'importance des recettes financières réalisées par les comités de santé font croire que la réactivité des populations cibles est bonne. La tarification a toujours été à l'origine de l'éviction des personnes les plus pauvres. Paradoxalement, les zones ciblées les plus pauvres au Sénégal comme la région de Tambacounda consomme autant de biens médicaux que les autres régions du Sénégal. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il y ait un important transfert de fonds des ménages de l'étranger ; car la plus part des émigrés sénégalais en Europe sont natifs de cette région. La qualité des soins est en partie liée aux ressources disponibles, dans la mesure où elle permet aux structures sanitaires de financer les inputs indispensables à leur fonctionnement. Parmi les éléments de la qualité des soins qu'il faut souligner dans le cas d'espèce, c'est la disponibilité des médicaments à prix réduit avec l'Initiative de Bamako dans tous les hôpitaux et structures sanitaires du Sénégal. Mais d'autres problèmes expliquent l'augmentation de la fréquentation des officines privées telles que les fréquentes ruptures de stocks.

Un autre élément révélé par notre travail est le manque du personnel qualifié et de qualité. Dans le secteur public (Graphique 12, [annexe 22]), le financement de la santé selon la pyramide sanitaire est presque équilibré[6]. Les SSP sont financés par toutes les sources de financement du système alors que les SSS sont moins appuyés par les bailleurs. Les bailleurs financent plus le volet investissement des SSS ; qui est un volet qui n'est pas pris en compte dans notre travail ; c'est le cas de l'Hôpital de Pikine (financé par le Royaume d'Espagne) et de l'Hôpital du Golf (financé par le Royaume d'Arabie Saoudite).

**Graphique 12 : La Répartition du financement public de la santé selon la pyramide sanitaire 2001 au Sénégal**



Le tableau 4 montre l'équité contributive selon les sources de financement du budget de l'Etat.

**Tableau 4 :** L'équité contributive selon les sources de financement du budget de l'Etat.

Sources de financement	Equité contributive
<b>Fiscalité directe</b>	
Impôts bénéfiques	Non significatif , exonération sur les activités de santé
Revenu/pers.phys.	Progressive
<b>Fiscalité indirecte</b>	
TVA	Régressive
Taxes affectées	Consommateurs produits taxés défavorisés
Exportations	Non significatif
Importations	Consommateurs d'importations défavorisés
<b>Emprunt</b>	
Intérieur	Contribuable futur défavorisé
Extérieur	Contribuable futur défavorisé
<b>Dons</b>	Non significatif
<b>Création Monnaie</b>	Non significatif

**- sources parapubliques**

L'équité contributive interne (parmi les assurés) de ce mode de financement dépend du mode de calcul de la cotisation. Dans nos systèmes de protection sociale, c'est le principe de la cotisation proportionnelle au salaire, (avec un salaire plafond au-delà duquel la cotisation reste constante) qui est adopté. C'est un dispositif qui illustre la double nature des cotisations sociales : dispositif d'assurance et de solidarité. **En tant que dispositif d'assurance-maladie**, les salariés paient tous la même cotisation, le risque de maladie étant supposé également réparti. **En tant que dispositif de solidarité**, les salariés paient une cotisation proportionnelle à leur salaire, ce qu'ils font jusqu'au plafond.

Il ne concerne cependant qu'une partie le plus souvent minoritaire de la population (taux de chômage 48%).

Le tableau suivant reprend les principales indications l'Equité contributive : le cas d'un financement par les cotisations sociales.



**Tableau 5** :L'équité contributive des sources parapubliques de financement

Sources de financement	Equité contributive					
	les assurés					
Institutions	CFCE	FNR	IPRES		CSS	
			Régime général	Régime compl.	Prestation familiale	Accidents travail
Cotisation assise sur les salaires	15%	12%	5,6%	2,4%	12%	
Cotisation patronale	32%	23%	8,4%	3,6%	7%	1,3%-3,5%
Cotisations en FCFA	21Milliards	6Milliards	32Milliards		5Milliards	2Milliards

- Les sources privées

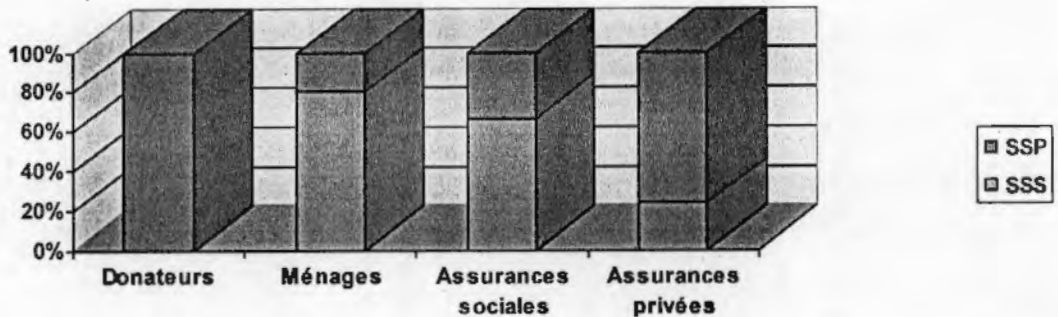
◆ Le paiement direct :

L'équité contributive du paiement direct correspondrait à une notion marchande de l'équité : chacun contribue au prorata des bénéfices qu'il retire de la prestation. Ce n'est pas la conception usuelle de l'équité contributive, qui rapproche la contribution au financement des soins de chacun, non aux bénéfices qu'ils retirent des soins mais à sa capacité contributive (revenu, richesse).

Si le paiement direct, d'autant plus léger que l'on est plus riche, c'est donc un système défavorable à l'équité contributive. Cependant, l'inaccessibilité financière des soins pour les « pauvres » va modérer cette inéquité contributive. Le paiement direct, par l'inéquité d'utilisation qu'il induit, peut parvenir à l'équité contributive.

Comme le montre le graphique 13, dans le secteur privé, ce sont surtout les SSS qui semblent prédominer. En réalité il existe un autre type de soins de santé non typé qui occupe une place de choix dans notre système ce sont les soins de santé traditionnelle qui doivent être de plus en plus pris en compte du fait des énormes ressources financières qu'ils mobilisent.[annexe 23]

**Graphique13:** La répartition du financement privé de la santé selon la pyramide sanitaire en 2001 au Sénégal.



#### ◆ L'assurance volontaire

Dans le cas de l'intervention d'une mutuelle, l'équité contributive interne dépend du fonctionnement de la mutuelle. Les primes fixes, plus simples à gérer dans un contexte de revenus non salariaux, sont plus légères aux plus riches, donc peuvent être considérées comme inéquitables. Des primes ajustées en fonction de la capacité contributive intègre une volonté d'équité. La logique sociale de la mutualité permet de penser que ce dernier cas devrait être le plus fréquent, mais c'est le plus rare. Du point de vue de l'ensemble du système de soins, la mutualité ne permet pas nécessairement l'intégration des plus pauvres, en raison de l'inaccessibilité financière de la prime.

Dans le cas d'une intervention d'une assurance privée, celle-ci est incitée à faire payer à chacun une prime proportionnelle aux risques financiers qu'il fait courir à son assureur (risque de tomber malade, et risque que les soins nécessaires soient coûteux). A la limite de cette logique, si l'assureur est capable d'anticiper le recours aux soins d'un adhérent, il va lui payer une prime correspondant à ce recours annulant ainsi l'intérêt même de l'assurance par rapport au paiement direct. C'est dans l'imperfection de ces anticipations, qui impose à l'assureur d'appliquer sa logique à des groupes à risque et non pas à des individus, qui rend encore intéressante l'assurant pour l'adhérent. Ceux qui ont statistiquement les mêmes besoins vont donc payer les mêmes primes, quel que soit leur revenu. Comme les besoins de soins des riches sont probablement plutôt moindres que ceux des pauvres, ce dispositif de financement tend vers l'inéquité contributive.

La prédominance de la contribution financière des ménages doit nous amener à faire l'analyse suivante : elle doit nous permettre d'améliorer la disponibilité et la qualité des soins, bref de mesurer les performances de leur participation à l'effort de santé[14]. L'aptitude à favoriser l'équité contributive, l'équité horizontale ou l'équité d'accès aux soins :

L'étude réalisée par l'ESAM montre que, l'élasticité prix est plus élevée pour les pauvres, ce qui veut dire les pauvres réduiront davantage leur demande aux soins de santé que les riches, suite à une hausse. La différence d'allocation est plus marquée entre pauvres(14,2%) et non pauvres(18,8%) du milieu rural.

Cette iniquité est devenue très accentuée du fait de la paupérisation. Ceci s'illustre bien dans le comportement du consommateur de soins qui préfèrent consulter le tradipraticien qui à défaut d'être rémunéré en espèces peut être payé en nature.

De même, l'Enquête ESIS montre que l'élasticité prix est plus élevée pour les femmes et pour les enfants.

L'équité verticale ou l'équité dans le financement,

**Tableau 6 :L' équité contributive des sources privées de financement**

Sources de financement	Equité contributive
<b>Paiement direct</b>	Défavorable
<b>Assurance volontaire</b>	Favorable
<b>Mutuelle</b>	Interne : parfois favorable
<b>Assurance privée</b>	Interne : défavorable

## V.2. Les autres agrégats des CNS

### V.2.1. Les matrices

Tableau 7: Matrice CMT

LA CONSOMMATION MEDICALE TOTALE en 2001 en Millions de F CFA		
<b>1.LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX</b>		<b>98864,5    90,8%</b>
	1.1.Les soins hospitaliers	17666,3    16,2%
	1.2.Les soins ambulatoires	6760,9    6,2%
	1.3.Les services de transport sanitaires	152,8    0,2%
	1.4.Les biens médicaux	74284,5    68,2%
<b>2.LA CONSOMMATION DES SERVICES DE MEDECINE PREVENTIVE</b>		<b>9941,6    9,1%</b>
	2.1.Les services de médecine du travail	9176,4    8,4%
	2.2. Les services de médecine scolaire	10    0,009%
	2.3.PMI	55,2    0,05%
	2.4.Les autres services sanitaires de prévention individualisée	700    0,6%
<b>Consommation Médicale Totale</b>		<b>108 806,1    100%</b>

Source :dotou charles, annexes 1,2 et 3

Tableau 8 :Matrice DCS

LA DEPENSE COURANTE DE SANTE en 2001 en Millions de F CFA			
<b>1.Dépenses pour les malades</b>		<b>92 992,2</b>	<b>79,5%</b>
1.1.Dépenses de soins et de Biens médicaux		88099,5	75,4%
	1.1.1.Soins hospitaliers	12059,02	10,3%
	1.1.2.Soins ambulatoires		
	1.1.3.Transports de malades	38,2	0,03%
	1.1.4.Soins aux collectivités(Armée, Prison)	232,4	0,2%
	1.1.5.Médicaments	75683,4	64,8%
	1.1.6.Prothèses	117,6	0,1%
1.2.Aide aux malades		1178	1%
	1.2.1.Indemnités journalière maladie	632,8	0,5%
	1.2.2.Indemnités journalière maternité	315,2	0,3%
	1.2.3.Indemnités journalière assurance	170	0,2%
1.3.Subvention au système de soins (aide indirecte aux malades)		3683,5	3,1%
	1.3.1.Aux médecins (prise en charge cotisation)	-	-
	1.3.2.Aux hôpitaux privés et centres de soins	-	-
<b>2.Dépenses de prévention</b>		<b>12913,9</b>	<b>11%</b>
2.1.Dépenses de Médecine préventive		10159,3	8,6%
	Médecine du travail	7383	6,3%
	Médecine scolaire	1126,3	0,9%
	PMI	345,8	0,3%
	Autres (IEC)	1304,2	1,1%
2.2.Dépenses de prévention collective et de contrôle sanitaire		2754,6	2,4%
<b>3.Dépenses en faveur du système de soins</b>		<b>4002,7</b>	<b>3,5%</b>
3.1.Dépenses de recherche médicale et pharmaceutique		153,2	0,2%
3.2.Dépenses de formation		3849,5	3,3%
<b>4.Gestion générale</b>		<b>6925,8</b>	<b>6%</b>
<b>Dépenses Courantes de Santé</b>		<b>116 834 ,6</b>	<b>100%</b>

Source :dotou charles,voir annexes 3,4 et 5.

### V.2.2. La consommation médicale totale(CMT)

#### - La consommation médicale totale (voir matrice CMT)

Ce grand agrégat des CNS est un paramètre dont il faut suivre l'évolution. Comme en règle générale on ne dispose pas de déflateur spécifique au secteur de la santé, on sera souvent contraint à utiliser le déflateur du PIB voire l'indice des prix à la consommation. Cette consommation médicale totale nous permet de voir ce que consomme en moyenne médicalement un sénégalais chaque année. En 2001, le niveau de consommation médicale a atteint près de 108 Milliards de F CFA (147Millions USD)soit environ 11 175 F CFA (15,2USD)par habitant et par an.

Cette consommation médicale se répartit en consommation de soins et de biens médicaux, et en consommation de soins de médecine préventive.

#### **- La consommation de soins et de biens médicaux**

La consommation des soins et de biens médicaux comportent : les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les transports sanitaires et les biens médicaux. Elle représente les  $\frac{3}{4}$  de la CMT soit 98 Milliards de F CFA (133,6Millions USD) soit 10000 F CFA (13,6USD) par habitant.

##### ◆ Les soins hospitaliers

Les soins hospitaliers et les soins en sections médicalisées ont atteint en 2001 au Sénégal 17666 Millions de F CFA(24,1Millions USD), soit 1802.6 F CFA(2,45USD) par habitant. Les parts des secteurs public et privé sont égales dans la consommation des soins hospitaliers. Mais l'égalité de ces parts n'explique pas le comportement du consommateur de soins ; il y a une forte propension à consommer les soins hospitaliers privés en dépit de leur cherté. Toutefois, cette propension est limitée par le faible revenu des ménages.

##### ◆ Les soins ambulatoires

Les soins ambulatoires qui regroupent : les soins de médecins et de dentistes libéraux, les soins des auxiliaires médicaux et les analyses de laboratoires privés. En dépit de l'exclusion des soins hospitaliers publics des soins ambulatoires, ils constituent un volume important dans la masse financière sanitaire. En 2001, ils ont été de 6760,9 Millions F CFA(9,2Millions USD) soit 689 F CFA (0,9USD) par habitant. Parmi ceux qui fournissent les soins ambulatoires, les laboratoires d'analyses représentent environ (25%) de la consommation en soins ambulatoires. Ils sont suivis des dentistes (22%), des généralistes (15%), des gynécologues (13%), des radiologues (11%) et le reste des spécialistes. Les auxiliaires occupent une part importante dans la consommation des soins ambulatoires dont les tradithérapeutes (14%).

##### ◆ les services de transports sanitaires

La consommation de transports sanitaires a été de 184 Millions F CFA (250 000 USD) en 2001 au Sénégal. Au Sénégal, le transport public des malades est souvent pris en charge par l'Etat, il est de 38,2 Millions de F CFA(52511USD). En terme de consommation en transports sanitaires, le secteur public n'est pas pris en compte mais constitue une dépense courante. Le secteur privé qui est l'unique paramètre de la consommation des transports des malades est représenté par deux

gros transporteurs de malades que sont SUMA assistance et \*SOS médecins\* concernent beaucoup plus les ménages qui ont un revenu élevé et le reste du monde. La part de l'Etat dans les transports sanitaires étant faible et le système de transport médicalisé étant peu développé. Le transport des malades est souvent effectué par des particuliers[26].

Une grande part du transport sanitaire public est également assurée par les sapeurs pompiers, ce budget n'a pas été évalué avec précision. Toutefois une estimation de l'évacuation sanitaire faite par les sapeurs pompiers s'élève à 30 Millions de FCFA (40900 USD). Enfin le transport informel des malades sous-estime la valeur financière de la consommation du transport sanitaire, ce qui nous permet pas de faire des ratios en matière de dépenses par habitants. Le développement du transport sanitaire doit constituer donc une des priorités de la politique de santé au Sénégal.

◆ Les biens médicaux

La consommation des biens médicaux sans aucune surprise viennent en tête de la consommation médicale avec près de 74284,5 Millions de F CFA (101,3Millions USD).

La consommation des biens médicaux est la plus importante (68,2%) ; soit environ 7580 F CFA (10,3 USD)par habitant. Cette hausse peut se justifier par la fréquence de l'auto-médication[26].

- La consommation de services de Médecine préventive

Les services de médecine préventive concourent à des activités de santé publique et regroupent principalement des activités de surveillance et de diagnostics médicaux individuels. Globalement la prévention a coûté en 2001 au Sénégal 9 297 Millions de F CFA(12,6 USD) soit 948 F CFA (1,29 USD)par habitant. Ce coût représente les 9% de la CMT. Il est composé : des service de médecine du travail, des services de médecine scolaire, de la protection maternelle et infantile et des autres services de prévention. La consommation des services de prévention est encore insuffisante pour la protection maternelle et infantile et les autres services de prévention individualisée.

◆ Les services de médecine du travail

Ils représentent 92% de la consommation des services de Médecine préventive. Avec le développement du syndicat des travailleurs et l'appui de certains organismes comme l'Organisation Internationale du Travail, la Médecine du travail surplombe les autres sous-secteurs d'activité. Par contre, la population des non travailleurs semble être exclue, ce qui constitue une source d'iniquités dans le système sanitaire. Cette population des chômeurs qui est estimée à 48%, explique la masse importante des transferts (41 Milliards de F CFA ou 55,9Millions USD) qui se font entre les ménages actifs et les ménages inactifs, entre les émigrés et leurs proches inactifs. Le taux de dépendance économique en 2001 étant de 0,7.

◆ Les services de médecine scolaire

Elle ne représente que 0,1% du système de prévention sanitaire. Secteur social de base, l'éducation tout comme la santé vont de pair. S'il est vrai que le budget de l'éducation nationale est le triple de celui de la santé, le Ministère de l'Education Nationale prend en charge directement tous ses besoins en matière de prévention sanitaire. En effet, la consommation médicale y est presque insignifiante et relève des contributions annuelles faites par les scolarisés. Le reste qui est souscrit sous la forme d'une police d'assurance; relève en totalité du monde académique ou de l'enseignement supérieur privé.

◆ La protection maternelle et infantile

La protection ne représente qu'une infime partie du système préventif (0,5%), en dépit des nombreuses politiques de lutte contre la mortalité maternelle. C'est un secteur qui est fortement subventionné du fait des politiques de population. Il importe de faire de plus en plus consommer ces soins préventifs par la population afin qu'il y ait une pérennité des soins de santé materno-infantile et un marketing social des méthodes contraceptives.

◆ Les autres services sanitaires de prévention individualisée

Ils représente 7% de la consommation des soins préventifs. Ces services sont : le service d'éducation pour la santé, le service national d'hygiène, le service national des grandes endémies, les préventions de l'alcoolisme, du tabac et de la toxicomanie.



### V.2.3. La dépense courante de santé(DCS)

#### La dépense courante de santé par opération de financement

Elle est estimée à 116 Milliards de F CFA (158,2 Millions USD) en 2001 au Sénégal, ce qui signifie que l'Etat a dépensé en moyenne 11836 F CFA (16 USD) par habitant pour l'ensemble du système sanitaire. Cette dépense moyenne par habitant est comparable à la consommation médicale moyenne par habitant qui est de 11175 F CFA (15,2 USD). L'Etat dépense un peu plus que ce que consomme sa population. A partir de cette constatation, on peut conclure que l'appui de l'Etat dans le système sanitaire est efficace. Toutefois, certaines considérations sont à prendre en compte :

- l'Etat à lui seul ne couvre pas la dépense moyenne par habitant, il existe d'autres sources de financement comme les partenaires extérieurs ;
- la dépense courante de santé devrait normalement dépasser largement la consommation médicale, ce qui signifie le taux d'exécution du financement extérieur est encore faible pour répondre aux besoins de la population ;
- même s'il y a comparaison entre la CMT et la DCS, force est de constater que la propension de la population à consommer les soins privés est facteur d'augmentation de la CMT. Or, la DCS intéresse essentiellement les structures médicales publiques.
- Le ratio Dépenses de Personnel / Dépenses Courantes est de 0,08 ce qui veut dire que les dépenses de personnel représente le 12<sup>ème</sup> de la DCS.
- Quant au ratio Dépenses d'Investissement / Dépenses Courantes, il est de 0.04 traduisant que les dépenses d'investissement représentent le 25<sup>ème</sup> de la DCS.

Quant à la dépense pour les malades, elle est de 92,9 Milliards de F CFA (126,7 Millions USD) soit 9470 F CFA (12,9 USD) par habitant et par an. La part de l'Etat dans ce financement de la dépense est plus importante que celle des partenaires extérieurs. L'Etat a tendance à respecter ses engagements face aux conditions de l'opinion internationale. La dépense pour les malades qui représente pratiquement les 79,5% de la DCS est orientée en grande partie vers les soins et biens médicaux, le reste étant faiblement réparti entre les subventions et les aides aux malades. Malgré cette forte allocation des ressources vers les biens médicaux, on note un déficit cruel en médicaments dans les structures médicales. A ce jour n'est-il pas pertinent d'allouer les ressources au personnel afin de les motiver à offrir des soins de qualité ?

Que de doter des structures de médicaments qui seront prescrits par un personnel peu motivé. Certains facteurs nous motivent à opter pour cette méthode de mobilisation des ressources financières :

- culturellement, la population a tendance à payer plus facilement ses médicaments que de payer les consultations ; le problème de consommation des médicaments ne se posent pas d'autant plus que les transferts de fonds des ménages sont fréquents ;
- le système de gestion mise en place afin de suivre la traçabilité des recettes issues de la vente des médicaments dans les structures médicales n'est pas encore performant ; l'alternative étant de motiver sérieusement le personnel.

La dépense de prévention est globalement estimée à 12 Milliards de FCFA (16,3Million USD) soit 1224 F CFA (1,6USD)par habitant. Pour un pays dont les ménages sont majoritairement à faible revenu, il importe que la prévention soit une priorité. Les enquêtes socio-anthropologiques montrent que le premier recours aux soins, est presque toujours la médecine traditionnelle qui, en réalité, est peu financée par notre système de santé. Il y a nécessité d'orienter plus de ressources vers la prévention car outre le taux d'alphabétisation à augmenter, il faut éduquer davantage pour la santé.

La dépense en faveur du système de soins est de 4 Milliards de F CFA (5,4Millions USD)et représente 3,5% de la DCS. Ce système comporte : la recherche et la formation . Ce système est resté longtemps peu financé et presque entièrement soutenu par la coopération internationale. L'Etat doit financer davantage le système de soins. La recherche doit être de plus en plus soutenue en vue de développer et de contrôler des domaines comme la médecine traditionnelle.

Quant à la formation, non seulement elle contribue à hausser le niveau de compétence mais aussi elle est un facteur de motivation et de productivité du personnel.

La dépense de gestion générale de la santé représente les 6% de la DCS. Les systèmes de partage des risques comme mutuelles doivent être promues.

## IV.2.4. Analyse de la CMT et de la DCS

Si l'on ne retient que les quatre sous-systèmes prestataires de services de santé, on peut observer la répartition suivante de la consommation médicale totale :

**Tableau 9** : Les Dépenses de santé au Sénégal en 2001

Dépenses de santé au Sénégal 2001	Milliards de francs CFA	Répartitions	
Dépense courante de santé	116		
Consommation médicale totale	108	100 %	
Médicaments	74,2	68,7%	
Services médicaux	33,8	31,3%	100%
*Sous-systèmes soins de santé primaires public	5,6		16,5%
*Sous-systèmes hospitalier public	4,4		13%
*Sous-systèmes privé «sans but lucratif»	1,2		3,5%
*Sous-systèmes privé commercial	23,6		69,8%

Source : Charles Dotou

- *Le sous-système de soins de santé primaire public (environ 4,1 Milliards de F CFA [5,6 Millions USD], soit 16,5 % de la consommation de service médicaux)*

Ce sous-système mobilise 5,6 milliards de francs CFA (7,6 Millions USD) en provenance essentiellement des bailleurs (780 Millions de F CFA) et de l'Etat (3 M). La participation des ménages est non négligeable (1,7 M) (non compris les médicaments, toutefois).

Une partie de ces fonds est mobilisée dans le cadre de programmes de santé publique (788 Millions de F CFA) et à travers la mise en œuvre des activités des districts.

C'est un sous-système éminemment administré (affectation centralisée des personnels de la fonction publique, exigence de planifications, investissements centralisés). Il pourrait être analysé principalement comme un ensemble d'activités déconcentrées du MSHP. Il serait pertinent de tenir compte de l'interaction entre les programmes et les structures de santé du district, mais aussi du rôle incitatif de la possibilité accordée aux structures, de conserver une partie des ressources propres générées par l'activité (essentiellement l'activité de soins curatifs). L'aide extérieure y est faible.

- *Le sous-système hospitalier public (environ 4,4 Milliards de F CFA [6MillionsUSD] soit 13% de la consommation de services médicaux).*

Les hôpitaux publics mobilisent 5,3 M, venant essentiellement du Ministère de la Santé (4,7 M). Les  $\frac{3}{4}$  de ces fonds sont affectés aux structures nationales et en particulier aux Centres Hospitaliers Universitaires ( 4,4 M pour ces derniers). Ce sous-système est administré par le ministère, les bailleurs et les ménages qui ne contribuent que fort peu à son financement. La réforme hospitalière, par la promotion de la décentralisation, entend développer l'efficacité et la réactivité de ce monde administratif et médical qui risque de fonctionner en vase clos.

Les CHU (Hôpital Aristide Le Dantec et Fann) sont une composante essentielle et problématique du sous-système hospitalier public.

- *Le sous-système sans but lucratif ( environ 1,2 Milliard de F CFA[1,6Millions USD] soit 3,5%)*

Les activités de santé « sans but lucratif » mobilisent le  $\frac{1}{4}$  des ressources de l'hospitalisation publique. Cependant, c'est un secteur hétérogène. On y distingue les services médicaux associés, c'est-à-dire les établissements appartenant à des institutions comme l'armée ou les dispensaires d'entreprises, de structures de santé confessionnelles proche de SSP. Les premiers fonctionnent selon la logique de leur «propriétaire», tandis que les seconds répondent à la mission de leurs fondateurs.

- *Le sous-système privé (environ 23,6 Milliards de F CFA [32,2Millions USD] soit 69,8%)*

C'est une entité qui apparaît comme un système de soins privé type : les ménages sont assurés par l'intermédiaire de leurs employeurs pour avoir accès à des soins offerts par des prestataires privés. Ces derniers obtiennent 80% de leurs ressources par l'intermédiaire de ces assurances, les ménages finançant le complément.

C'est un sous-système qui est fondé essentiellement sur des relations contractuelles. Il se développe comme une composante du secteur moderne urbain de l'économie.

Les interactions entre ces sous-systèmes se situent à deux niveaux essentiels :

- L'activité administrative et planificatrice de l'Etat qui va coordonner les activités des deux sous-systèmes publics (hôpitaux et SSP) pour faire fonctionner la pyramide sanitaire. Le lieu principal de cette coordination sera le district, avec l'intégration des hôpitaux départementaux, voire régionaux, dans une problématique de la complémentarité. De plus, les stratégies de décentralisation d'une part, et de coordination des activités jugées prioritaires (SSP, SR) d'autre part (stratégies « soutenues » par les bailleurs), conduit à chercher des modes contractuels de coordination qui intègrent les sous-systèmes public et « sans but lucratif » (confessionnel ou lié aux ONG).
- Le corps médical, qui contribue stratégiquement à la définition et la mise en œuvre des activités de chacun des secteurs. La plupart des médecins participent aux activités de plusieurs sous-systèmes, de multiples manières formelles et informelles. Il est difficile d'identifier la boîte noire des incitations, donc d'analyser l'impact sur la qualité, l'efficacité et l'équité de ces appartenances multiples. Par ailleurs, celles-ci rendent difficile toute évaluation de la faisabilité des réformes et toute simulation de leur impact.

### **V.3. La performance**

La performance d'un système de santé ou d'un système de soins s'évalue selon trois dimensions principales :

- une dimension technique (efficacité),
- une dimension économique (efficacité),
- une dimension politique (équité).

#### **V.3.1. Le système de santé**

##### **V.3.1.1. L'évaluation de l'efficacité : la mesure de l'amélioration de la santé**

Le but d'un système de santé est d'améliorer la santé, comprise principalement comme la réduction des conséquences (décès, souffrances, handicaps) de l'incidence des maladies. L'efficacité du système de santé sera donc principalement évaluée à partir de la réduction des taux de mortalité, déclinée par pathologie, de la réduction de la durée de la vie, mais aussi de la qualité de vie.

En 2001, le système de santé du Sénégal n'a pas réduit globalement le nombre d'années de vie perdues par la population (il est estimé à 11,3 Millions chez l'homme

et à 9,5 Millions chez la femme)[49]. En 1999, les mêmes chiffres étaient de 10 Millions chez l'homme et de 10,6 Millions chez la femme [38]. Bien vrai qu'on note une légère amélioration du côté de la femme, les chiffres restent globalement les mêmes. Cela peut s'expliquer par le fait le programme mis en place pour la lutte contre la mortalité maternelle est efficace en dépit du fort taux de féminisation de l'infection à VIH/SIDA.

Lorsqu'on raisonne en considérant que l'efficacité du système de santé se conçoit comme une maximisation de la durée de vie, les indicateurs tels que les taux de mortalité par pathologie sont importants mais ne sont pas actuellement disponibles. Par contre l'« espérance de vie » ou les « années de vie perdues (le nombre d'année de vie perdue correspond à l'espérance de vie de la personne au moment de son décès du fait de la maladie) » qui constituent des indicateurs synthétiques de ces taux de mortalité, nous permettent de dire que le système est toujours efficace en 2001 puisque l'espérance de vie à la naissance est passée de 55,6 années en 2000 à 55,8 années en 2001[5,50].

Lorsqu'on pondère chaque année de vie vécue par un indice de qualité de vie compris entre 1 (état de complet bien être) et 0 (mort). On pourra évaluer l'efficacité du système de santé par les Années de Vie Perdues Corrigées des Incapacités ou Disability Adjusted Life Years (AVCI ou DALY). Cet indicateur n'est pas disponible pour l'ensemble de la population.

Mais le fait qu'en Afrique, l'AVCI globale soit passé de 330 Millions à 350 Millions justifiant que globalement les systèmes sanitaires africains sont devenus moins efficaces ; n'inclut pas tous les pays africains dont le Sénégal qui a un taux de prévalence faible pour le VIH/SIDA. Ceci d'autant plus que le SIDA constitue une des causes de cette forte mortalité en Afrique.

#### *V.3.1.2.L'efficience*

Le concept économique d'efficience va s'inscrire dans le cadre de notre travail, dans une problématique d'aide à la décision en matière d'allocation des ressources rares entre les différentes activités que la collectivité est susceptible de mettre en œuvre pour satisfaire ses besoins. Il s'agit donc d'une efficience allocative.

La composition du panier de soins qu'il est possible d'obtenir avec le montant de ressource allouée aux soins médicaux, doit être telle que l'impact de l'utilisation potentielle de ces soins soit le plus grand possible.

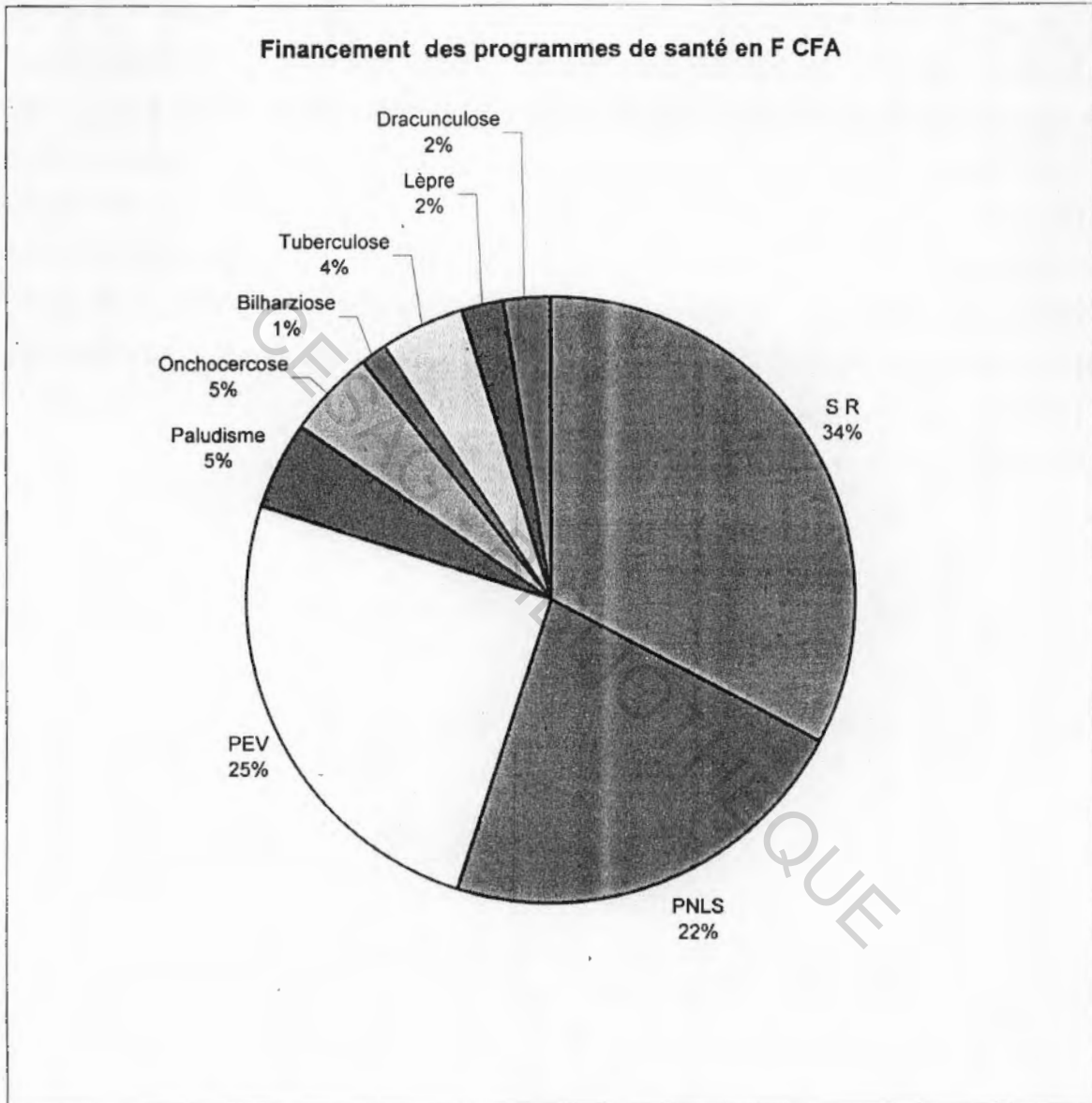
Le panier de soins peut être considéré comme non optimal si une re-allocation du budget en faveur d'une des composantes peut améliorer l'impact du système de soins (ou de la structure). Au Sénégal le système de santé a tendance à consacrer « trop » de ressources aux CHU par rapport à ce qui est consacré au niveau primaire, et donc qu'une réallocation de ces ressources au profit de ce dernier accroîtrait certainement l'impact du système de soins sur l'espérance de vie en bonne santé. Les ressources sont plus utiles pour les populations au niveau des soins de santé primaires qu'au niveau tertiaire.

Normalement, l'évaluation de l'efficacité allocative repose sur la réalisation d'études coût/efficacité des différentes options possibles en matière d'allocation budgétaire entre les activités, afin d'identifier les plus utiles. Malgré que ces études sont restées rares et quelquefois réalisées dans le cadre de la définition stratégique de certains programmes. Nous avons tenté d'analyser deux situations :

1. Une étude sur le financement des programmes de santé (voir annexe 8) nous montre sur le graphique suivant, la répartition du financement des programmes de santé en 2001 au Sénégal, qui constituent une des priorités en fonction des objectifs du PNDS. La santé reproductive est actuellement le programme qui consomme le plus de ressources dans le système sanitaire sénégalais, elle consomme 34% des ressources mobilisées ; ensuite vient le Programme Elargi de Vaccination, 25% des ressources financières consommées ; puis le Programme National de Lutte Contre le SIDA avec 22% des ressources consommées (Graphique 14). La Santé de la Reproduction occupe facilement le premier rang des programmes financés car c'est un programme qui a plusieurs composantes qui se recoupent et qui s'entrecoupent ; la Santé de la Reproduction (SR) est large et va au-delà de son champ de prédilection. Cette importante part de la SR dans le financement des programmes de santé est donc justifiée. L'importance du financement du PEV se justifie également par sa largeur, elle intéresse tout le pays. La seule raison qui puisse expliquer pourquoi l'infection à VIH/SIDA occupe une place prépondérante dans ce financement, ce sont : la cherté des antiretroviraux, le coût de la recherche, la décentralisation en

cours et le coût de la surveillance. Cependant, les statistiques sanitaires et démographiques réalisées en 2002[49] montrent que le paludisme est la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité et de morbidité dans toutes les régions du Sénégal alors que le budget qui lui est alloué dans le cadre du Programme National de Lutte contre le Paludisme n'est que de 5% ; derrière l'infection à VIH/SIDA dont le taux de prévalence est encore faible. Une approche plus approfondie montre que les 3/4 du financement des programmes de santé sont assurés par les partenaires extérieurs qui raisonnent selon leur priorité. Ce qui justifie certaines allocations budgétaires arbitraires et non transparentes. Il revient donc à l'Etat sénégalais de faire davantage pression sur les partenaires extérieurs dans le dessein de les orienter vers les programmes prioritaires. La sonnette d'alarme a heureusement été déjà tirée avec « Roll Back Malaria » initié par les chefs d'Etat africains à Lagos. Mais une étude coût-efficacité des différents programmes orienterait davantage vers une allocation certainement efficiente des ressources.



**Graphique14 : Répartition du Financement des programmes de santé en F CFA**

La mise en œuvre des programmes a permis d'améliorer la couverture sanitaire c'est le cas du Programme National de Lutte contre le SIDA(PNLS) avec un taux de prévalence stable. Le problème posé par ces programmes, est qu'ils sont exécutés parallèlement selon les priorités des donateurs en dépit des initiatives de coordination.

2. Une étude réalisée pour améliorer l'efficacité allocative du budget affecté aux différentes structures sanitaires, montrent sur le tableau 10 que : de l'ensemble des crédits budgétaires alloués et dépensés par le MSHP, 37% profitent aux Soins de Santé Primaires conformément aux conclusions de la conférence d'Alma Ata. Les Hôpitaux hors CHU bénéficient de 6% de même que les CHU de 5%. L'administration locale n'a que 2% des crédits alloués alors que les laboratoires et instituts nationaux moins de 1%. Toutefois, le coût d'un décès évité par les SSP représente 60 fois celui d'un décès évité par les hôpitaux. Quant à l'AVCI des SSP, elle est 3 fois supérieure à celle des hôpitaux. Cette analyse prouve encore que les lignes budgétaires allouées aux différents secteurs sont efficaces.

**Tableau 10 :** l'efficacité allocative du budget affecté aux différentes structures sanitaires en 2001 au Sénégal.

Types de structure sanitaire	Budget alloué en Millions F CFA	Consultations	Hospitalisations	Décès évités	Décès	Coût par décès évité En F CFA	Coût par AVCI sauvée en F CFA
Soins de santé primaires	85086	2,2 millions	28 000	26915	1085	3millions	39 174
Hôpitaux + CHU	5203	604 461	120 218	116601	3617	44622	10744

Source : annexes 9, Loi finances 2001

### V.3.1.3. Evaluation de l'équité.

L'espérance de vie en bonne santé serait la même pour tous. L'équité du système de santé se mesure donc par la distribution des indicateurs d'efficacité dans la population.

L'injustice sociale peut se manifester dans le fonctionnement du système de soins,

- Soit au niveau de l'utilisation du système de soins médicaux, certaine partie de la population ayant les mêmes besoins que d'autres n'utilisent pas le système de soins de la même façon (équité d'utilisation horizontale),
- Soit au niveau de la contribution au financement des soins, la charge de ce financement étant considéré comme injuste pour certaine fraction de la population.

❖ Une utilisation équitable

L'équité d'utilisation est une composante de l'équité, qui mesure le degré d'injustice induit par le fonctionnement des services de soins. Ici, l'injustice est mesurée au niveau de l'utilisation des services et se fonde sur l'idée qu'un système de santé juste est celui qui permet à tous ceux qui ont les mêmes besoins de soins de bénéficier des mêmes soins. L'équité d'utilisation n'implique pas que les soins soient de qualité mais de la même qualité pour tous.

Selon l'ESIS[23], les principaux problèmes pour se soigner sont liés soit à la disponibilité des formations sanitaires et/ou des services soit au coût des soins. Au niveau national, on constate 30% des enquêtés ignorent l'existence de structures de santé, 31% estiment que la structure n'offre pas le service demandé et 40% citent l'éloignement. Concernant l'accessibilité financière, le coût du médicament a été cité dans 67% des cas, celui des consultations dans 43% et la non disponibilité des médicaments dans 27% des cas.

❖ L'équité contributive

Le score d'équité contributive des ménages dans le financement de la santé en 2001 au Sénégal, rappelons - le est de 97,5% en 2001.

Tableau 11

<b>Equité contributive</b>	La charge financière du système de soins est répartie de manière juste entre les individus (ménages)
<b>Equité contributive horizontale</b>	Ceux qui ont les mêmes revenus supportent la même charge de « financement » du système de soins.
<b>Equité contributive verticale</b>	Ceux qui ont des revenus plus importants supportent une charge plus importante de financement du système de soins.

Pour assurer une bonne couverture sanitaire, il faut dans notre contexte, une généralisation des Soins de Santé Primaires. La réalisation d'un tel but dépend du pouvoir d'achat des consommateurs de soins, de l'accessibilité aux infrastructures sanitaires, de la disponibilité du personnel de santé et du rapport coût/qualité des services de santé. L'analyse de la relation qui existe entre ces paramètres et la répartition des dépenses de santé (fonctionnement et investissement) pose le problème de l'équité dans la répartition de celles-ci.

Le tableau nous montre cette répartition :

**Tableau 12 : Dépenses publiques de santé et pauvreté régionale**

Régions	Part dans les dépenses publiques de santé	Indice de pauvreté	Contribution à la pauvreté
Dakar	47	24,7	9,4
Diourbel	6	73,2	10,8
Fatick	3	87,1	9
Kaolack	7	78,7	14,2
Kolda	3	86,6	11,3
Louga	5	68	6,2
Saint-Louis	10	71,5	9,9
Tamba	5	76,4	6,5
Thiès	8	74,9	16,1
Ziguinchor	6	75,9	6,8
Sénégal	100	65	100

Source : calcul des auteurs d'après ESAM 2002-2003

L'inéquité de la répartition des dépenses de santé est remarquée au fait que la région de Dakar qui a le plus faible indice de pauvreté (24,7%) et une contribution moyenne à la pauvreté nationale (9,4%) bénéficie de près de la moitié (47%) des ressources publiques. En revanche, les régions de Fatick et de Kolda qui connaissent les indices de pauvreté les plus élevés (87,1% et 86,6% respectivement) ne reçoivent qu'une part infime des dépenses publiques de santé. La répartition régionale des dépenses publiques de santé n'est ni fonction de l'indice de pauvreté ni de la contribution des différentes régions à la pauvreté nationale.

**Tableau 13 : structure de dépense de santé**

Postes	Dakar Urbain %	Autres Centres Urbains	Milieu Rural	TOTAL
Médicaments	59,4%	62%	71,8%	64,2%
Services extra-hospitaliers	29,6%	22,8%	24,6%	26,2%
Services des hôpitaux	11%	15,2%	3,5%	9,6%
TOTAL	100	100	100	100

Source : ESAM

En 1997, le score de l'équité contributive des ménages estimé par Coulibaly et alii dans un travail réalisé sur l'équité contributive des ménages était de 95,07% et concluait que le système de santé est équitable. En 2001, nos données ont montré une nette progression probablement en rapport avec une maîtrise croissante des problèmes de santé mais également une mobilisation politique massive, un revenu par habitant qui s'améliore et surtout un transfert de fonds des ménages qui est important. Ce système est équitable aussi, parce que la solidarité spontanée dont fait preuve la nation sénégalaise est une des caractéristiques structurelles très positive.

### V.3.2. Le PDIS

V.3.2.1. L'efficacité de cette intervention peut alors être mesurée soit par le nombre de décès évités, soit par le nombre d'année de vie sauvée, en tenant compte de l'espérance de vie des personnes sauvées au moment du décès évité.

#### 1. Le Niveau du Budget du Ministère de la Santé

- Le budget de fonctionnement de l'Etat pour le MSHP est composé du budget des structures non décentralisées qui est géré par le Ministère de la Santé lui-même (budget de fonctionnement non décentralisé) et des fonds de dotations (FDD) des structures décentralisées qui sont gérées par les collectivités locales.

Le coût global du PDIS de 1998 à 2001 est estimé à **229 milliards de F CFA (312 Millions USD)** courant répartis comme suit :

- Investissement : 60 milliards soit 21,1% ;
- Fonctionnement : 97,5 milliards soit 42,6% ;
- Personnel : 71,5 milliards soit 31,3%.

L'analyse des indicateurs financiers du PDIS montre en 2000, que le budget de l'Etat est arrêté à près de 25 milliards de francs CFA (**34,1 Millions USD**) et a subi une évolution de +0,22% ; la part allouée aux dépenses de personnels est de 50%. En 2001, la progression observée montre que l'objectif qu'on s'était fixé dans le PDIS de faire croître annuellement de 0,5% la part du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat afin d'arriver au taux de 9% édicté par l'OMS, est atteint. Le budget hors personnel de la santé s'est élevé de 2000 à 2001 de 24%.

• *Le budget de fonctionnement non décentralisé*

La préparation du budget de fonctionnement est basée sur le respect des paramètres financiers définis pour assurer une couverture adéquate du fonctionnement des structures. C'est ainsi que le budget de fonctionnement pour l'année 2001 est fixé à **26 105 Millions de F CFA(35,6Millions USD)**.

• *Le budget consolidé d'investissement*

La programmation du budget consolidé de l'Etat (BCI - Etat) a été faite sur la base des critères suivants :

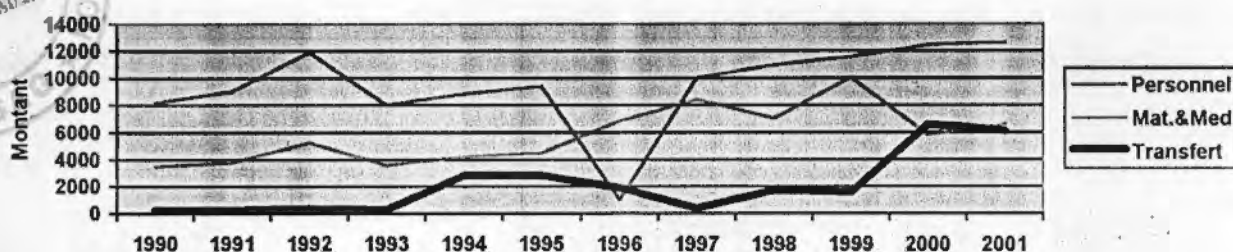
1. respect des objectifs définis par le PNDS/PDIS ;
2. Respect du Principe de la hausse minimale de 10% par an des investissements sur les ressources internes. L'enveloppe globale retenue au titre de la gestion 2001 est de **9132 Millions de F CFA(12,4Millions USD)**.

La programmation de ces ressources internes a obéi aux paramètres suivants :

- la contrepartie de l'Etat par rapport à des financements extérieurs soutenus par des conventions de financement pour un montant de **4 113 Millions de F CFA (5,6Millions USD)**,
- La contribution de l'Etat par rapport à des besoins non couverts pour un montant de **5019 Millions de francs CFA(6,8Millions USD)**,
- il est à noter, qu'en cours d'exercice des fonds supplémentaires ont été mis en place dans le cadre du BCI - Etat à travers la Loi de Finance Rectificative au profit des projets rentrant dans le cadre de la lutte contre la pauvreté pour un montant de **2100 Millions de francs CFA (2,8Millions USD)**.

2. L' Evolution du Budget du Ministère de la Santé

Evolution du Budget de l'Etat de 1990 à 2001(en milliers de francs CFA)[annexe 16] montre une nette croissance du budget du Ministère de la santé au cours des dix dernières années. Depuis le budget du personnel est toujours croissant du fait des politiques de motivation du personnel. Le matériel après une chute au cours des années 1999 a connu un regain d'intérêt en 2001. Quant aux transferts, ils sont légèrement en baisse depuis l'année 2001.

**Graphique 15 : Evolution du budget de la santé****Evolution du budget par chapitre 1990 à 2001****3. Le Niveau d'Exécution des Crédits alloués au Ministère de la Santé**

Au Sénégal jusqu'en 2001, l'exécution du budget était fondée sur la loi organique 75-64 relative aux Lois de Finances, le Décret 66-458 portant règlement sur la comptabilité publique de l'Etat. Cette exécution financière permet de faire l'analyse des écarts identifiés par rapport aux prévisions initiales du programme.

La programmation des plans d'opérations de l'exercice 2001 s'élève à 73 773,6 millions de F CFA (100,6Millions USD) dont 51% du coût des activités sont affectées au niveau régional ; le reste au niveau central. Le système de planification est marqué par l'instauration du système des paquets budgétaires dont l'objectif est d'arriver à parfaire le cadrage financier du PDIS.

**4. Les Sources de financement des Dépenses du Ministère de la Santé**

Les prévisions financières du PDIS sont basées sur l'évaluation des besoins en financement.

La ventilation de ces besoins fait apparaître 4 sources principales :

- l'Etat,
- les comités de santé,
- les collectivités locales
- et les partenaires au développement.

❖ *Les comités de santé*

Sont présentement actives dans le financement de la santé et bien au-delà des montants fixés par le PDIS(10,8%). L'érection de certains hôpitaux en Etablissements Publics de Santé et son corollaire de centralisation des recettes auprès des Agents Comptables Particuliers (ACP) a permis d'avoir une vision transparente de la gestion.

❖ *Les collectivités locales*

Le PDIS avait prévu un apport moyen de 5,6% de la part des collectivités locales. Il faut souligner la prépondérance de la commune de Dakar dans le financement de la santé, qui cette année a été relativisée par un apport des communes de l'intérieur du pays grâce au Projet d'Appui au Communes(PAC) qui est fixé à 575 Millions de F CFA (784 000 USD).

❖ *L'Etat*

- Budget non décentralisé est estimé à **24,5Milliards de FCFA** avec un taux d'exécution acceptable,
- Fonds de dotations ont connu particulièrement au cours de cette année un retard considérable et de facto un taux d'exécution bas,
- Le taux d'exécution pour les partenaires extérieurs reste encore faible. Il est de 62%.

**V.3.2.2.L'efficience**

S'il y a une efficience productive, elle n'est surtout pas allocative du fait qu'il y ait une mauvaise allocation des ressources. L'allocation des ressources financières destinées aux régions médicales ne se fait pas ni après un cadrage budgétaire, ni en tenant compte de la géographie de la santé (démographie, pathologies rencontrées dans la région). Dans notre travail, les régions médicales de Dakar et de Ziguinchor reçoivent pratiquement les mêmes ressources financières (20 Millions FCFA ou 27200 USD en 2001) alors que la dépense médicale par tête d'habitant est de 482 F CFA (0,65USD) à Ziguinchor alors qu'elle est de 1402 F CFA(1,9USD) à Dakar ; la densité de la population est de 74 habitants au Km<sup>2</sup> à Ziguinchor alors qu'elle est de 4231 habitants au Km<sup>2</sup> à Dakar.

Il y a aussi une utilisation non efficiente et gestion peu efficace des ressources dans les structures sanitaires. Il y a utilisation inadéquate des services par les ménages ; comme le montre l'enquête ESIS, 31% des femmes enquêtées disent que les structures sanitaires n'offrent pas les services demandés. [26,50]

L'efficience productive est un facteur dépendant partiellement du MSHP car le personnel est déficitaire, peu motivé et n'accepte pas toujours aussi facilement les postes d'affectation.



Le ratio des dépenses non salariales /les dépenses salariales démontre qu'il faille orienter les ressources vers le personnel. L'introduction de la dimension socioculturelle de la gestion des ressources s'impose.

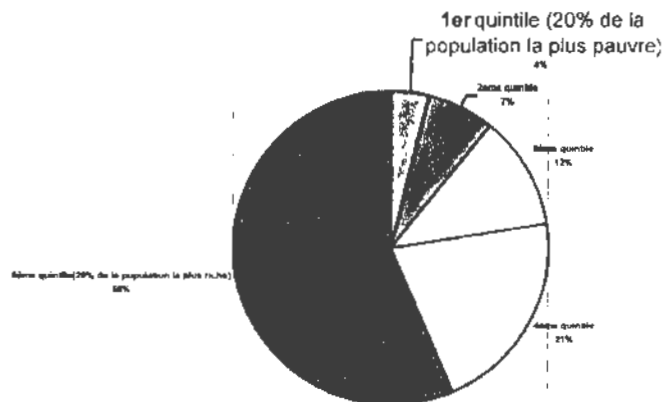
La participation financière des populations à l'effort de santé a augmenté au cours de ces dernières années (1998 à 2001). Parmi les causes principales de mortalité, le paludisme est la première cause avec un poids atteignant pratiquement 40% des décès.

### V.3.2.3.L'équité

Lorsqu'on se base toujours sur l'enquête ESAM pour analyser le recours aux soins et le financement des formations sanitaires du MSHP, les constatations suivantes sont relevées :

- le quintile le plus pauvre dépense en moyenne 10000 F CFA alors que le quintile le plus riche dépense 150 000 F FCFA environ pour sa santé. Cette répartition est résumée sur le graphique n°16.
- par ailleurs ,on remarque une dispersion de la distribution de la contribution financière des ménages (CFS) qui diminue selon le niveau de vie et son coefficient passe de 1,56 au 1<sup>er</sup> quintile à 0,9 au 5<sup>ème</sup> quintile.

**Graphique 16 :**Taux de non recours aux soins selon la couverture médicale et le niveau de vie



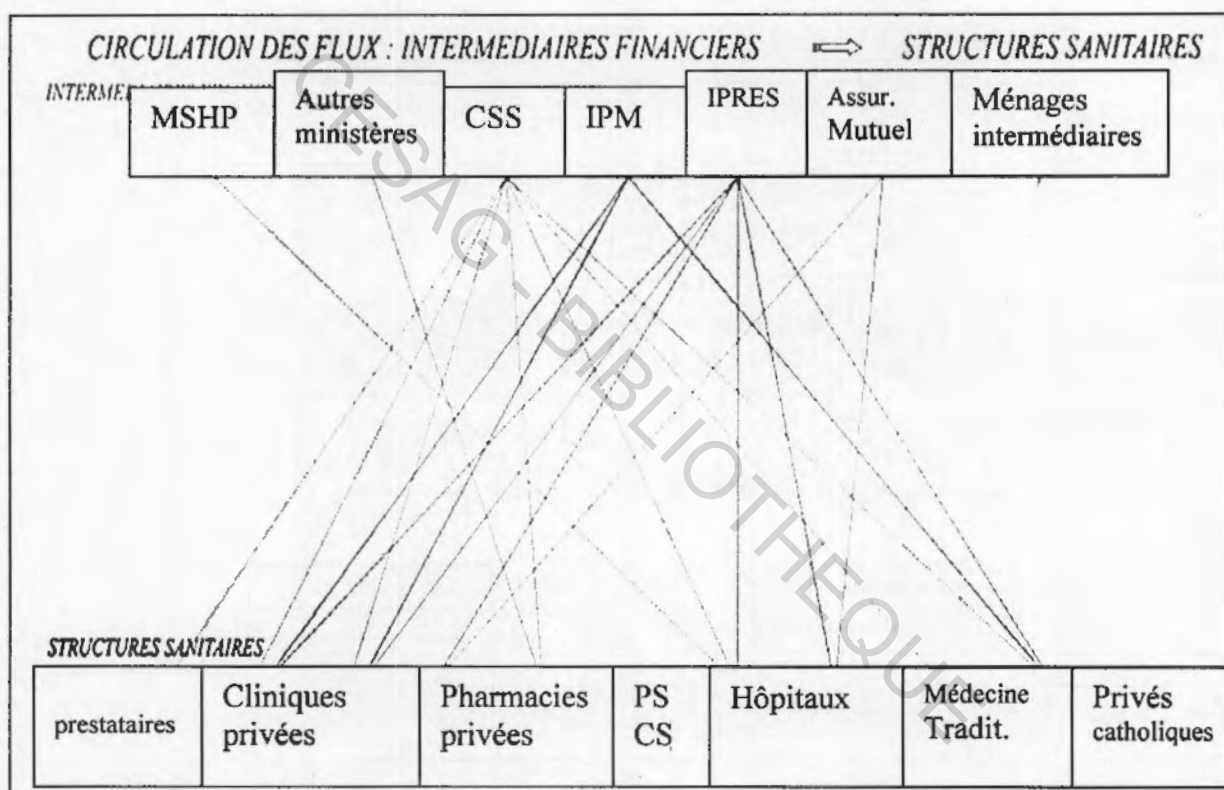
**Classification sectorielle**

**Tableau 14 : Classification sectorielle**

Années	1992-1998	2001
Affaires générales	32,5%	20%
Soins secondaires	32,7%	30%
Soins primaires	34,8%	50%
Total	100%	100%

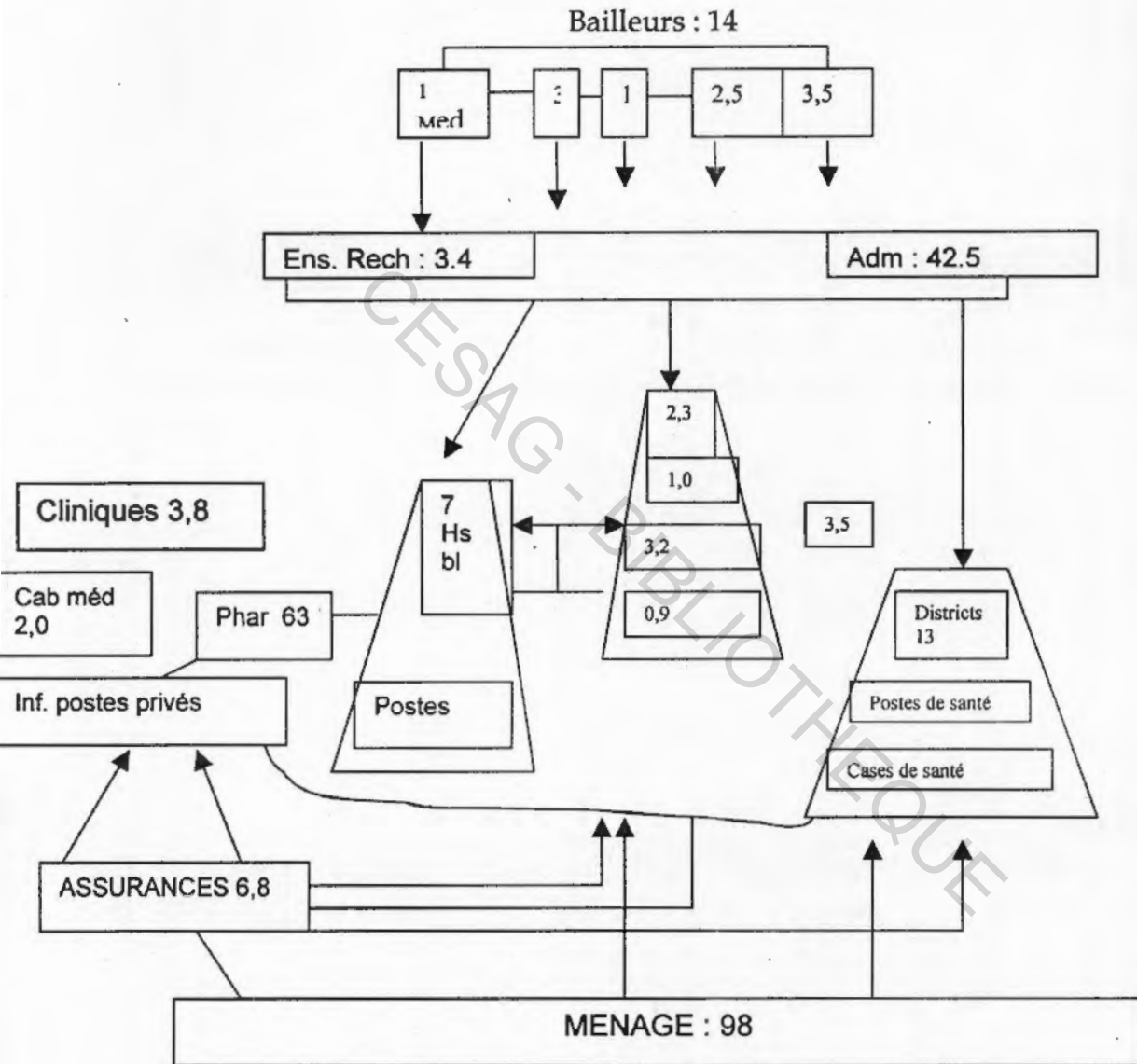
Source : PDIS

**Graphique 17 :**



IV.3.3. Le système de soins

**Graphique 18 :** Le financement du système de soins modernes au Sénégal :  
( dépense totale de santé : milliards de francs 2001)



Les flèches représentent des flux financiers :

- les ménages financent par paiements directs 8,4 Milliards de francs de F CFA (8400/733 USD) vers les districts ( hors médicaments) ;
- au niveau des bailleurs, les 14 Milliards de francs de CFA(14000/733 USD) sont repartis vers les districts, vers les programmes, vers le médicament, vers le ministère de la santé (soutien institutionnel) et vers la pyramide hospitalière publique.

Cette représentation du système de soins sénégalais montre que quatre sous-systèmes peuvent être distingués, ayant probablement leur dynamique propre. Le financement des médicaments a sa spécificité, en raison de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako. Le dispositif de distribution des médicaments apparaît isolé sur ce schéma, ce qui est insatisfaisant.

#### **-Evaluation de l'efficacité du système de soins : l'utilisation optimale des soins médicaux.**

Le but du système de soins est que la population utilise de façon optimale le système de soins médicaux.

La *qualité des soins* relève de l'expertise médicale (les soins mis en œuvre doivent obtenir effectivement les résultats que la science médicale permet théoriquement d'obtenir). Cette appréciation ne peut être faite. Mais l'existence d'une Institution d'enseignement (Faculté de Médecine) à vocation régionale rassure sur la qualité des services offerts, puisque les services sont offerts aux usagers des autres pays de la sous-région.

La *disponibilité* de ces soins est assurée dans la durée ; mais selon l'ESIS[23], les principaux problèmes pour se soigner sont liés soit à la disponibilité des formations sanitaires et/ou des services soit au coût des soins. Au niveau national, on constate 30% des enquêtés ignorent l'existence de structures de santé, 31% estiment que la structure n'offre pas le service demandé et 40% citent l'éloignement. Ce qui veut dire que les soins ne sont pas totalement disponibles.

Le panier de soins dans son ensemble est efficace, compte tenu des ressources que la collectivité consacre au secteur sanitaire. Chaque composante de ce panier offre au moindre coût les soins : il y a efficacité productive. Par contre les ressources sont orientées vers les composantes du panier de soins les moins coût/efficace, c'est-à-dire vers les soins qui n'améliorent pas la santé de population de façon significative du fait de l'inéquité géographique du financement : il n'y a pas d'*efficacité allocative*.

Le recours aux soins disponibles rencontrent des obstacles culturels ou économiques.

#### -L'impact sur le système de soins :

L'équité d'utilisation. Le financement des soins par des organismes de sécurité sociale accroît l'équité d'accès aux soins pour les affiliés. Mais la disponibilité des soins est insuffisante. La logique de ce dispositif peut alors le conduire à créer ses propres structures de soins, améliorant encore l'équité d'utilisation.

Paradoxalement, cette amélioration de l'utilisation des soins par cette partie de la population peut mécaniquement se traduire, au niveau de l'ensemble du système de soins, par un accroissement de l'inéquité d'accès si les autres catégories sociales n'améliorent pas de la même manière leur utilisation des soins.

L'efficience. L'impact sur l'efficience dépend du dispositif assurantiel retenu. Ce dernier est constitué, au Sénégal, d'une caisse unique mais qui ne couvre qu'une partie infime de la population. Il serait pertinent de créer plusieurs caisses en mettant en place un système de concurrence saine et parfaite.

#### - Les Sources privées de financement des soins.

Les ménages assurent le paiement d'une partie, voire de la totalité des prestations de soins dont ils bénéficient. Ce mode de financement « privé » peut consister en un paiement direct du prestataire de soins. Mais les ménages peuvent avoir anticipé ce risque financier en adhérant à une mutuelle de santé ou en souscrivant un contrat d'assurance santé. Cet organisme intervient alors dans le financement des soins. Le financement direct qui est le mode de paiement le plus fréquent dans notre système de soins ; favorise donc **l'inéquité d'utilisation**. Pour la même raison, il renforce la motivation des bénéficiaires pour faire valoir leurs préférences. Ce mode de financement des soins incite donc à la réactivité, à condition que le patient dispose d'alternatives pour se faire soigner. Mais dans la mesure où les bénéficiaires peuvent apprécier la qualité des soins, le financement direct incite à une certaine qualité des soins. La mutualisation des risques qui renforce l'équité d'utilisation est encore peu développée. Dans la mesure où la mutuelle est en contact avec les prestataires, et ne joue pas seulement un rôle de « rembourseur » mais aussi un rôle d'« acheteur », ce mode de financement des soins peut être favorable à la

qualité des soins et à l'efficacité. Le poids financier que peut représenter la mutuelle, incite le prestataire à une certaine réactivité et à une recherche de l'efficacité visant à pouvoir réduire le niveau des tarifs.

Parmi les assurés d'une assurance privée, il se pose souvent le problème d'accessibilité financière.

#### **- Evaluation de l'efficacité**

Deux sources sont performantes : l'impôt sur le revenu et les cotisations sociales. Ce sont des sources qui sont liées au développement du salariat formel. Si la priorité doit être donnée à la fiabilité de la source plutôt qu'à l'équité contributive, la TVA représente une source performante. L'inconvénient des sources publiques est leur dépendance des priorités de l'Etat.

#### **- Evaluation de l'impact sur l'économie.**

Les dispositifs les plus neutres sont les plus inéquitables (« sources privées »). Les cotisations patronales présentent le plus de risque d'impact négatif sur le dynamisme du secteur marchand formel. Parmi les impôts, la TVA semble la moins néfaste, d'autant plus que son impact inflationniste a été maîtrisé. Ceci sera mieux maîtrisé en 2001 au Sénégal par le développement de la concurrence.

#### **- Evaluation de l'impact sur le système de soins.**

Un financement public favorise l'équité. Si l'on veut maîtriser son incitation à l'inefficacité, il faut introduire un dispositif concurrentiel entre la source et les prestataires. Ainsi, l'agence évoquée précédemment pourrait avoir pour mission non pas d'allouer les ressources aux prestataires, mais de les allouer à des « acheteurs de soins » (assurance ou mutuelle), ces derniers étant en situation de concurrence.

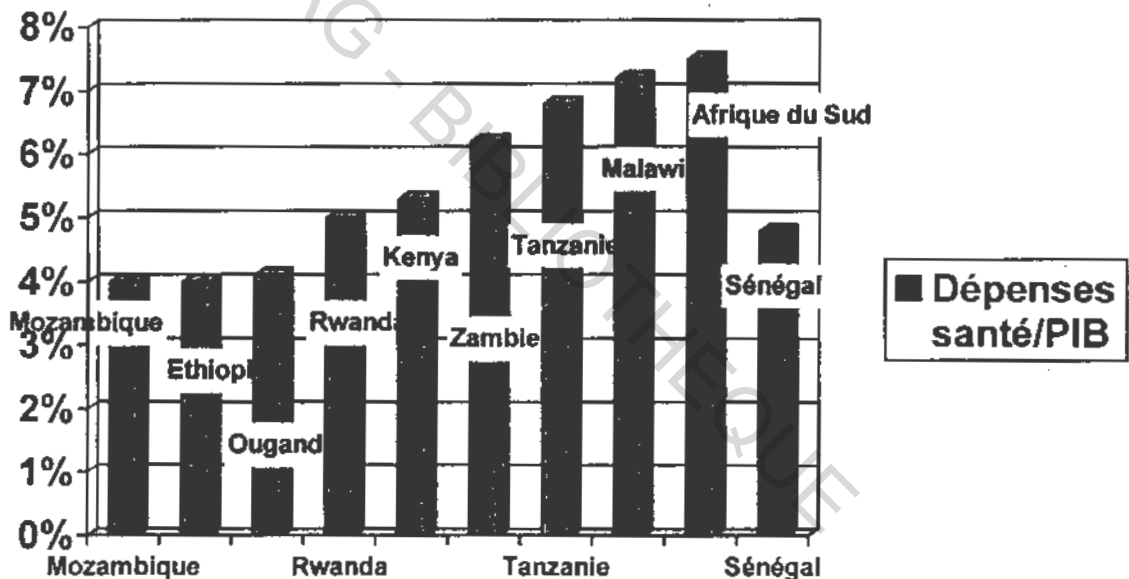
#### **- Les sources parapubliques: impact sur l'économie et sur le système de soins.**

Les cotisations sociales patronales, en accroissant le coût du travail au détriment des profits, ont un impact sur le comportement de l'employeur.

## VI. Commentaires

Le Sénégal a un cadre macroéconomique stable, avec des finances publiques bien tenues. Cela est surtout dû au fait que la politique de maîtrise des dépenses publiques étaient bonne, couplée à une efficacité en matière de collectes des recettes budgétaires. C'est ainsi que entre 1999 et 2003, les recettes ont augmenté de 50 Milliards de F CFA par an, témoin de la fiabilité des sources financières étatiques. La dépense globale de santé représente 4,6% du PIB, ce qui constitue un léger décalage par rapport à la moyenne enregistré dans la plupart des pays africains, 5,4%. L'Afrique du sud étant première avec 7,5% alors que l'Ethiopie et le Mozambique sont derniers avec 4%.

**Graphique 19 : Comparaisons internationales**



Southern Africa NHA Network, 2001,

### L'évaluation de l'efficacité : la mesure de l'amélioration de la santé

L'espérance de vie est extrêmement variable selon les nations. Les comparaisons entre les régions du monde. Elle est d'environ 50 ans en Afrique subsaharienne, 60 ans pour l'Inde, 70 ans pour la Chine et l'Amérique Latine, et 78 ans pour les pays les plus avancés. L'espérance de vie apparaît ainsi comme bien corrélé avec le niveau de développement économique (mesuré par le PIB par habitant). Cette corrélation ne signifie pas que l'on puisse établir une relation de causalité simple entre le niveau de

richesse marchande et l'espérance de vie. Le PIB est ici l'indicateur d'une conjonction spécifique de l'ensemble des déterminants de la santé.

On constate que l'espérance de vie diffère notablement entre les pays d'une même région du monde, comparables par leur niveau de richesse, comme l'Afrique subsaharienne. Ceci suggère que dans de nombreux cas, des politiques de santé adéquates peuvent améliorer notablement la situation. Ainsi en Afrique de l'Ouest, on observe une espérance de vie des femmes de 56,2 ans au Sénégal, de 44,0 ans au Mali, de 45,7 ans au Burkina et de 40.6 ans au niger. Ce qui représente un écart maximum de 40%.

D'une façon générale, dans le **Système de santé en Afrique subsaharienne**, le financement passe principalement par les paiements directs en raison du développement de la tarification (recouvrement des coûts), et en particulier à travers le dispositif de paiement spécifique pour les médicaments « Initiative de Bamako », dans les structures publiques. Le financement par l'intermédiaire d'assurances volontaires s'est implanté préférentiellement dans le secteur formel et a permis la viabilité des services médicaux privés, tandis que le financement par le budget de l'Etat s'adresse au secteur public de soins[10,14].

Au **Maroc** [17], les CNS ont relevé les mêmes situations qu'au Sénégal à la seule différence que le système sanitaire marocain a un volet sécurité sociale très développé. Contrairement au système de santé du Sénégal, il existe d'autres systèmes dans le monde. C'est le cas du **Système libéral américain** dont le financement des dépenses de santé provient essentiellement de contrats d'assurances passés par les entreprises pour leurs employés et cofinancés par les employeurs et les employés. Le système est complété par un financement de l'Etat pour les plus défavorisés (pauvres et personnes âgées). Ce dispositif ne conduit pas à une couverture universelle, malgré la richesse du pays, car les employés des petites entreprises ou intermittents ou au chômage n'ont pas les ressources suffisantes pour adhérer à une assurance privée.

En **Grande Bretagne**, c'est le **Système de Beveridge** qui est caractérisé par un financement passant essentiellement par le budget de l'Etat. L'analyse de ce dispositif de financement renvoie donc à l'analyse des ressources de l'Etat. Ce



système favorise l'équité d'accès, mais rend plus incertaine l'efficacité productive des prestataires fonctionnaires. Certains ménages aisés peuvent avoir recours aux assurances privées et au secteur de soins privé.

**Le dernier Système est celui de Bismarck qui est fondé sur l'assurance sociale obligatoire.** Dans ce système, obligation est faite de souscrire à une assurance maladie. Le système d'origine allemande se caractérise par une pluralité d'assurances le plus souvent corporatistes. En outre, dans le système français, une institution publique se voit attribuer le monopole de l'assurance obligatoire. Des assurances volontaires complémentaires peuvent être souscrites pour prendre en charge les tickets modérateurs de l'assurance obligatoire. L'Etat intervient pour prendre en charge les cas des indigents. Dans la plupart des PVD, les systèmes sont intriqués, les budgets santé sont inadéquats dans la plupart des pays en développement, et la charge est inacceptable. Réduire la pauvreté de moitié ne peut s'accomplir sans faire face au fardeau des maladies.

« Investissons dans les peuples, la stabilité sociale et le progrès plutôt que d'attendre l'explosion, trop chère pour tous. Ne soyez pas timide pour demander des subventions. Il faut un cadre fiscal viable. On peut ne pas bâtir des services de santé sur des ressources qui n'existent pas ou sur des donateurs inconstants ». Disait en 2003 le nouveau Directeur Général de l'OMS.

Les pays au Sud du Sahara ont initié certaines réformes sectorielles en matière de santé qui visent à améliorer l'efficacité et la gestion des services de santé[26,27]. Au Sénégal, l'hôpital actuel rencontre beaucoup de difficultés à satisfaire la population et le personnel hospitalier. Les hôpitaux publics sont généralement peu fréquentés par les usagers qui disposent de moyens financiers pour se faire soigner. Certes les Comités de Santé des hôpitaux constituent un outil de participation des populations à la gestion de ces établissements. Dans ce cadre, l'Etat et les Collectivités locales apportent aux hôpitaux les dotations qui leur permettent de remplir leurs missions. Les usagers participent aux dépenses d'hospitalisation et de consultation externe. La réforme hospitalière du Sénégal a été adoptée par l'Assemblée Nationale le 12 février 1998 sous forme de deux lois complémentaires : la première intitulée « *loi portant réforme hospitalière* » la seconde intitulée « *loi relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Etablissements*

**Publics de Santé** » ; mais elle reste encore moins forte pour résorber les nombreuses perturbations observées au niveau du système de santé. Pour notre part, en plus des effets bénéfiques de ces réformes sectorielles, les CNS vont nous aider à identifier les possibilités de changement dans le secteur de la santé. Enfin, ils vont nous aider aussi à redévelopper ces stratégies de réforme et à surveiller les effets des réformes sur les dépenses et financement de santé. Désormais, la raison Performance prend la place de la logique administrative qui a toujours caractérisé le fonctionnement des hôpitaux. Tout en participant à la réalisation du service public hospitalier le nouvel hôpital devra assurer l'équilibre de ses comptes et une qualité de soins pour répondre à ses obligations de performance.

Les CNS vont aussi contribuer au Projet d'Etablissement constitue le document technique et financier sur lequel repose l'ensemble de l'organisation et du développement de chaque Etablissement Public de Santé. Son objectif fondamental est non seulement de décrire et de chiffrer les actions envisagées, mais aussi de montrer le bien fondé des décisions proposées en terme d'efficacité, d'efficience et de viabilité à long terme de l'entreprise.

Une étude réalisée en 1999 par MPG-Afrique[35] a montré que les dépenses de fonctionnement dans le secteur public étaient évaluées à 1626 FCFA/personne/an en 1987 ne sont plus qu'à 1400 FCFA/personne/an en 1996. En 2001, ces dépenses ont baissé de moitié et sont de 772 FCFA/personne/an (annexe 11).

Nos Comptes ont montré que 155 milliards de F CFA soit 260 millions de Dollars US ont été mobilisés en 2001 au Sénégal. Cette estimation des flux des dépenses et des financements par les CNS fournit un indicateur solide de la santé financière de ce système, et cela peut être utilisé comme outil de planification stratégique.

## CONCLUSION

Le Sénégal, pays d'abord classé dans la catégorie des pays à faible revenu avec un PNB par habitant de 600 dollars US de 1994 à 2001 puis classé dans la catégorie des Pays les Moins Avancés en 2002, a connu des performances économiques modestes jusqu'à une date récente. Grâce à la poursuite des réformes nécessaires à la stabilisation du cadre macro économique et à une politique budgétaire rigoureuse mise en œuvre depuis le plan d'urgence économique d'Août 1993, des résultats encourageants ont été obtenus.

Ce travail nous a permis de déceler le mode d'organisation du système de financement de la santé au Sénégal qui un système dit planifié c'est-à-dire reposant sur une logique d'économie publique. Il est indispensable aujourd'hui d'organiser l'assistance financière et technique de tous les partenaires intéressés au développement et à la mise en œuvre des CNS.

Au Sénégal, pour que ce travail soit utile, il faut que les responsables politiques reconnaissent son importance et cette reconnaissance doit orienter vers la demande d'appliquer les CNS au processus de planification et de prise de décisions. Pour ce faire, les opérations financières doivent être transparentes entre les organismes impliqués dans le financement des soins de santé et la prestation des services de santé. La création d'un réseau régional de CNS présente des avantages certains du point de vue coût-efficacité dans le développement des capacités, un plus grand nombre d'échanges d'informations et d'enseignements et une meilleure connaissance de la valeur et de l'utilité des CNS pour la politique de santé.

A partir de l'élaboration de ces CNS, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

- La Dépense Globale de Santé a atteint un peu plus de 155 Milliards F CFA en 2001 (211 Millions USD), c'est-à-dire près de 16500 F CFA par habitant (22,5 US \$ au taux de change courant 2001 ou 67 US \$ en terme de Parité de Pouvoir d'Achat),
- Les sources primaires de financement sont les ménages (financement au détriment de leurs revenus profits), les bailleurs extérieurs mais aussi les entreprises,

- Parmi les sources par nature du financement , c'est le paiement direct net des ménages qui prédomine avec 36 % des dépenses de santé ; et 27% de ces dépenses se font par les transferts,
- L'assiette fiscale pour la santé qui repose sur les impôts directs sur les revenus et les impôts indirects à l'occasion des opérations économiques et s'élève à **35 Milliards de FCFA (47,7Millions USD)**,
- En 2001, l'aide internationale dans le domaine de la santé s'est élevée à **14,8 Milliards de FCFA(20 Millions USD)** représentant 11,8% de l'ensemble des dons et emprunts effectués par l'Etat( **118 Milliards de FCFA**) ou encore 4,4 % de l'aide des bailleurs de fonds au pays(**334,3 Milliards de FCFA ou 10% PIB**),
- Le financement collectif de la santé à travers des mécanismes solidaires ne concerne que 6% de la dépense globale de santé,
- Parmi ceux qui fournissent les soins ambulatoires, ce sont les laboratoires d'analyses qui dominent environ (25%) de la consommation en soins ambulatoires et les tradithérapeutes représentent 14% de cette consommation,
- L'évacuation sanitaire est essentiellement informelle et sa consommation est singulièrement privée. Le développement du transport sanitaire doit constituer donc une des priorités de la politique de santé au Sénégal. L'Etat doit encourager l'initiative privée dans ce secteur.
- La consommation des services de prévention est encore insuffisante pour la protection maternelle et infantile et les autres services de prévention individualisée. La protection materno-infantile est un secteur qui est fortement subventionné du fait des politiques de population. Il importe de faire de plus en plus consommé ces soins préventifs par la population afin qu'il y ait une pérennité des soins de santé materno-infantile et un marketing social des méthodes contraceptives.
- L'amélioration de la qualité des soins est la stratégie la plus financée du PDIS ;elle représente les 30% des ressources financières allouées .
- Globalement la prévention a coûté en 2001 au Sénégal, **9 297 Millions de F CFA soit 948 F CFA par habitant** .Ce coût représente les 9% de la CMT.
- Les services de médecine du travail représentent 92% de la consommation des services de médecine préventive.
- La consommation médicale des services de santé scolaire est presque insignifiante et relève des contributions annuelles faites par les scolarisés. Cela

montre que la prise en charge de l'Etat est importante et déterminante pour le système éducatif.

- La dépense courante de santé par opération de financement est estimée à **116 Milliards de F CFA** en 2001 au Sénégal, ce qui signifie que l'Etat a dépensé en moyenne **11836 F CFA par habitant** pour l'ensemble du système sanitaire.
- Les ressources disponibles ne sont pas toujours placées là où il faut, c'est le cas du paludisme première cause de mortalité et de morbidité dans toutes les régions du Sénégal dont le financement de Programme de Lutte n'est que de 5% derrière l'infection à VIH /SIDA, la Santé de la Reproduction et le Programme élargi de Vaccination.
- Dans le système de santé, toutes les dépenses ne sont pas valablement imputées comme des dépenses de santé ; c'est le cas des dépenses des évacuations sanitaires vers l'étranger des pouvoirs publics.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## RECOMMANDATIONS

1. Pour mettre, les CNS, il faut un engagement à long terme des hauts responsables ainsi que leur soutien manifeste sur le plan politique. Surtout la création d'un environnement légal permettant l'échange d'informations.
2. L'application des CNS exige une interaction continue entre les décideurs au niveau d'un pays et son équipe technique CNS.
3. L'institutionnalisation des CNS avec un soutien total du gouvernement et l'utilisation des données pour entreprendre des réformes significatives et efficaces du système de santé.
4. Pour lancer officiellement la production des CNS au Sénégal, il importe de former une équipe pluridisciplinaire de CNS, qui fera la majeure partie du travail technique, et un comité de Direction. Cette équipe de CNS sera composée de membres qui travaillent pour diverses agences gouvernementales, pour assurer une large représentation organisationnelle et rendre accessibles diverses sources de données qui peuvent être reconnues. Pour notre part, l'expérience de la collecte des données sur le terrain nous permet de recommander l'équipe-type suivante :
  - ◆ d'Economistes de la Santé
  - ◆ des agents de l'Etat familiers aux statistiques économiques nationales et pratiques comptables du MEF :
    - à la Direction Générale de la Comptabilité Publique et du Trésor,
    - à la Direction de la Coopération Economique et Financière,
    - à la Direction de la Prévision et de la Statistique,
    - et à la Direction Générale des Impôts et Domaines,
    - le Cabinet du Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi;
  - ◆ des agents de l'Etat familiers aux activités économiques du MSHP :
    - à la Cellule d'Appui à la Santé du PNDS, et à l'analyste financier
    - aux gestionnaires des hôpitaux et structures sanitaires publiques et privées,
    - et aux gestionnaires des Organisations non gouvernementales intervenant dans le secteur de la santé ;
  - ◆ des décideurs politiques seniors, des groupes académiques et des organisations de consommateurs et de prestataires des organisations d'assurances médicaux ;

5. Le comité directeur doit siéger de façon permanente dans l'une des organisations sollicitées pour ce travail.

Ce comité aura pour tâches :

- ◆ de communiquer les questions politiques à l'équipe des CNS
- ◆ donner un feed-back à l'équipe des CNS sur les résultats et les découvertes ;
- ◆ faciliter à l'équipe les difficultés rencontrées durant la collecte de données provenant des différentes entités ;
- ◆ assister à l'interprétation des résultats des CNS et tirer les implications politiques ;
- ◆ assister le MSHP à transformer les implications politiques en actions politiques ;
- ◆ appuyer l'équipe des CNS dans l'institutionnalisation des CNS en tant qu'exercice routinier tri annuel.

Ce comité de Direction peut siéger de façon préférentielle au service d'analyse financière du MSHP du Sénégal. Il va jouer un rôle central en assurant l'instauration de la propriété au plus haut niveau de prise de décisions de la nation.

6. La création d'un réseau ouest africain de CNS et l'intégration du Sénégal dans ce réseau. Ce réseau pourrait avoir son siège au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG).
7. Pour améliorer l'état de santé de la population à partir des CNS, il faut :

**a. mettre les ménages à même d'améliorer la santé de leurs membres**

Les décisions que prennent les ménages sont déterminantes pour la santé, mais elles sont fonction de leur revenu et de leur niveau d'instruction.

**b. Améliorer les dépenses publiques de santé**

Plusieurs directions s'offrent à l'égard de l'action du gouvernement sénégalais :

- assurer une bonne allocation des ressources en fonction des besoins spécifiques et nécessaires de chaque région, de chaque district et de chaque structure sanitaire.

**c. Confier la gestion de tous les services de santé** aux collectivités locales et résolutions des questions de santé publique au Ministère de la santé.

**d. Promouvoir la diversité et la concurrence**

L'Etat sénégalais doit :

- financer la santé publique ainsi qu'un ensemble de services cliniques de première nécessité qu'il définirait lui-même, le financement des autres services cliniques serait laissé à la charge des particuliers ou de l'assurance-maladie
- encourager la prise en charge ,par l'assurance privée et créer l'assurance sociale parfaite ;
- encourager les producteurs de soins à se faire concurrence à la fois pour la prestation des services cliniques et pour la fourniture de facteurs de santé financés aussi bien par le secteur public que par le secteur privé.
- générer et diffuser des informations sur le comportement des producteurs de soins, sur les équipements et médicaments de première nécessité, sur le coût et l'efficacité des interventions.

La mesure ultérieure de l'évolution des paramètres des CNS pourrait non seulement permettre de déceler les tendances évolutives de la consommation médicale au Sénégal mais aussi de pouvoir faire des ajustements macro-économiques en fonction des aléas épidémiologiques. La mise en place d'une équipe CNS s'impose et les bailleurs de fonds ont déjà marqué le pas sur la nécessité de la conception des CNS dans les pays d'Afrique subsaharienne. La démonstration de l'utilité des CNS aux autorités politiques n'est plus à démontrer.



CESAG

# BIBLIOGRAPHIE

OTHEQUE

1 ABRIAL Marlène ,

Revue des dépenses publiques -Secteur Santé 1998 et 1999

Rapport Final ; janvier 2001

Mission d'appui MS - DAGE PABDAS I Union Européenne Ministère de la Santé.

2 ABRIAL M.,TOURE B.,DIOP I

Le financement du secteur de la santé au Sénégal- Analyse et Perspectives-  
PDRH /MSPAS - Août 96.

3 Atelier interministériel de réflexion opérationnelle sur le financement de la santé en  
Côte d'Ivoire. Ministère de la Santé Publique, 2001.

4 BAD, 2001-2002, Indicateurs sur le genre, la pauvreté et l'environnement sur les  
pays Africains.

5 BAD, Statistiques choisies sur les pays africains, 2001.

6 BALIQUE H.

Le système hospitalier au Sénégal- analyse et perspective -  
PDRH/ MSPAS -mai 96.

7 Banque Mondiale,

Pour un meilleure Santé Afrique, les leçons d'une expérience, 1994.

8 Banque Mondiale,

Rapport sur le développement dans le monde, investir dans la santé, 1993.

9 Banque Mondiale.

Côte d'Ivoire, Revue de l'Aide de la Banque Mondiale au Pays, Washington 1999.

**10** ART.,VAN DORMAEL M.,1999.

Mutuelles de santé en Afrique et systèmes nationaux d'assurance - maladie obligatoire :l'histoire Européenne se répétera t'elle ?

Institut de Médecine Tropicale ,Anvers, Belgique.

**11** BHAWALKAR M.,DE S.,MAIER M.,NANDAKUMAR A K ,TIEN M.

Guide pour les décideurs politiques

Comprendre les comptes nationaux de santé :

La méthodologie et le processus de mise en place

Partenaires pour la Réforme en santé (PHR plus) Abt Associates -Inc ,2003.

**12** BARNETT C.,BHAWALKAR M. ,NANDAKUMAR A.K.,SCHNEIDER P.

The application on the National Health Accounts Framework to HIV/AIDS in Rwanda. Special Initiatives Report N°31.Bethesda,MD :PHR .Abt Associates Inc.

**13** BITRAN R.

Financement des services de santé du Sénégal.1995.

**14** BOYER S.,MATHONNAT J.,PENICAUD C.

Quelles approches pour le financement des systèmes de santé dans les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire ?

**15** CASTRO L.F.,DAYTON J.,DEMERY L.,MEHRA K.

Public spending on health care in Africa :do the poor benefit ?:Inequalities in Health

Bulletin of the World Health Organization ;ISSN 0042-9686 ;

Coden B WHOA6 ;INT ;DA.2000 ;VOL.78 ;N°1 ;PP.66-74 ;ABS

**16** Comptes Nationaux de Santé

Rapport Juin 1995 réalisé par le Service des Statistiques , des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI).

17 Compte Nationaux de la Santé du Maroc 1997/1998,  
Ministère de la santé, 2001.

18 CONSTANDRIOPOULOS A. -P. , CHAMPAGNE F.,POTVIN L.,DENIS J.-L.,  
BOYLE P.,Savoir préparer une recherche :la définir, la structurer, la financer.  
Les presses de l'Université de Montréal,1990.

19 Comptes Nationaux de Santé. Cours et Codex. Institut Supérieur de la Santé -  
CESAG, Année académique 2001-2002. KOUADIO BENIE Marcel.

20 COULIBALY S.O.,KEITA M.  
Economie de la Santé au Mali  
Cahiers Santé 1996 ;6 :353-9.

21 DIONGUE B.,BA B.,FAYE A.,DIOUF A. H.  
Etude des charges récurrentes en milieu hospitalier.

22 Examen des dépenses publiques du secteur de la santé en Côte d'Ivoire.  
Ministère de la Santé Publique, 1995, Rapport final, volume 1 & 2.

23 Enquête Démographique du Sénégal II (EDS II) ,92/93.

24 Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé (ESIS),1999  
MEASURE DHS+ Macro International Inc.

Groupe SERDHA Services d'Etudes et de Recherche pour le Développement  
Humain en Afrique ;juin 2000

Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation .Ministère de la Santé ,  
SENEGAL .

25 Environnement macroéconomique et santé, avec les études de cas dans les pays les  
plus démunis. Actualités Scientifiques. AUPELF - UREF. ESTEM . OMS, 1995,

**26** ESAM Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages

Direction de la Prévision et de la Statistique-2002-2003

Ministère de l'Economie ,des Finances et du Plan- République du Sénégal.

**27** HSIAO W. Le financement des soins de la santé dans les pays de Sud

Harvard University ,School of Public Health , June 2000.

**28** KODJO N. E. ,2001.

Analyse des facteurs déterminant la viabilité des Institutions de Prévoyance Maladie (I.P.M.) au Sénégal. Mémoire 2001.CESAG/ Sénégal .

**29** KWAME P. GBESEMETE and GERDTHAN ULF-G.,1992.

Determinants of Health Care Expenditure in Africa. A cross-section study.

University of L. , Sweden. World Development,vol.20,N°2,pp.303-308.

**30** LETOURMY Alain,1996.

L'assurance maladie obligatoire au Sénégal :analyse et voies d'amélioration.

CNRS /Paris - France.

**31** Les Rapports financiers du Programme de Développement Intégré de la Santé au

31 Décembre 2001.Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement.

Ministère de la Santé de l'Hygiène et la Prévention de la République du Sénégal.

**32** Loi des finances du Sénégal pour l'année 2001 Ministère de l'Economie et des

Finances .

**33** Loi des finances du Sénégal pour l'année 2002 .Ministère de l'Economie et des

Finances.

**34** MACH E.P. et SMITH B., Planification des ressources financières du secteur de la santé, manuel à l'usage des pays en développement. OMS, Genève , 1984.

**35** MGP -Afrique ,Revue des dépenses publiques dans le secteur de la santé 1991 :1992-1996 ;Tome 2 :Analyse des dépenses;janvier 1999.Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale. Ministère de l'économie ,des finances et du plan(Unité de politique économique).

**36** National Health Accounts in Eastern and Southern Africa : a comparative Analysis,  
The East and Southern Africa NHA Network, 2001.

**37** OMS,  
Pour un système de santé performant. Rapport sur la santé dans le monde 2000.

**38** OUATTARA Ali  
Les déterminants socio-économiques de la demande d'assurance maladie privée à Dakar  
(Sénégal).Mémoire 2001.CESAG/Sénégal.

**39** Plan National de Développement Sanitaire et Social 1998-2007 ;juin 1997  
Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale - Sénégal.

**40** Proposition de stratégie d'appui aux comptes nationaux de santé de la région africaine 2002-2006.PHR Abt Associates Inc.

**41** RANNAN - ELIYA,NADA R K. H.,KAMAL A. M .,ALI A. I.  
Egypt National Health Account .1994-1995.October 1997  
Compte-rendu d'Initiatives spéciales 3.Bethesda.PHR Abt Associates Inc.

**42** Réunion de sensibilisation sur les comptes nationaux de santé (CNS) à l'intention des décideurs dans les pays d'Afrique centrale et de l'ouest.

**43** Rapport annuel de la Fédération Sénégalaise des Sociétés d'Assurances  
Année 2000/2001.

**44** RESULTATS PROVISOIRES DES COMPTES NATIONAUX REVISES DU  
SENEGAL 1996-2001

Direction de la Prévision et de la Statistique.

Ministère de l'Economie et des Finances - République du SENEGAL.

**45** SADIO A., DIOP F.

Use of and demand for health services in Senegal. USAID Mission to Senegal - Abt-  
August 1994.

**46** SAKHO M., CISSE M., CODJIA L., COMPAORE S.

Etude des Stratégies de Mobilisation des Ressources dans le Secteur de la Santé :Le  
cas du Sénégal. Codex Politique de santé CESAG 2001.

**47** SCHMITT J. P., Taux de disponibilité des équipements hospitaliers, M S P A S -  
avril 96.

**48** SCHWARTZ J. B., RACELIS R., GUILKEY D. K .

La décentralisation et les dépenses du gouvernement local en matière de santé aux  
Philippines. Travaux 0136 .MESURER le Projet d'Evaluation .

**49** Statistiques sanitaires et démographiques Années :1997-2000

Division des statistiques et de la documentation, Avril 2002

Direction des études ,de la recherche et de la formation

Ministère de la Santé et de la Prévention du SENEGAL.

**50** World Health Report 2002.

Statistical Annex. World Health Organization.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



CESAC  
**ANNEXES**  
BIBLIOTHEQUE

**Annexe 1** : La consommation des services sanitaires de prévention et la consommation des soins médecine préventive et hygiène en en F CFA en 2001 au Sénégal.

Organismes de prévention	Secteur public	Organismes de prévention	Secteur privé
Police sanitaire	3 531 566 F CFA	CANADA	28 000 000 F CFA
Laboratoire National de Contrôle des Médicaments	30865269 F CFA	Fond Européen de Développement	28 700 000 F CFA
Service National des Grandes Endémies	259 166 849 F CFA	FNUAP	75 000 000 F CFA
Service Régional des grandes endémies	5 349 800 F CFA	LHL /PNT	4 000 000 F CFA
Vaccinations	450 000 000 F CFA	KWF	33 200 000 F CFA
IEC	22 037 974 F CFA	Luxembourg	56 800 000 F CFA
Services locaux de Grandes endémies	61167389 F CFA	OMS	38 400 000 F CFA
		PNUCID	60 000 000 F CFA
Services d'Hygiène	245 260 234 F CFA	UNICEF	216 410 000 F CFA
ETAT	7 800 000 FCFA	PLAN INTERNATIONAL	32 400 000 F CFA
Population	27 700 000 F CFA	USAID	841 800 000 F CFA
		DAHW	4 500 000 F CFA
Sous total	1112879081 F CFA	Sous total	1419210000 F CFA
<b>TOTAL</b>			<b>2 532 089 081 F CFA</b>

**Annexe 2 :** La situation des conventions signées dans le cadre du PDIS en 2001, en millions de f CFA

Nom du Partenaire Extérieur	RUBRIQUES	Montant Total Convention en Millions de F CFA	Montant Mobilisable dans le PDIS		Restant à Exécute/PDIS
				2 001	
Part Extérieur	F	68 901,2	72 087,8	14 149,4	
	I	90 669,2	89 339,8	11 878,0	
	P	1 755,1	1 761,8	294,0	
	non répartis	0,0	91,5	0,0	
	Divers	933,1	933,1	0,0	
	S/S contrat	978,6	978,6	0,0	
	Non alloués (IDA)	1 285,2	1 285,2	0,0	
	Non défini	40 537,0	40 589,1	0,0	
<b>Sous Total</b>		<b>205 059,3</b>	<b>207 066,8</b>	<b>26 321,5</b>	<b>131 058,8</b>
(BFND+FDD+REPORT FDD)	I	-	0,0	2 111,8	
	F	49 131,0	49 131,0	11 762,2	
	P	63 672,0	63 672,0	13 569,3	
<b>Sous Total</b>		<b>112 803,0</b>	<b>112 803,0</b>	<b>27 443,3</b>	<b>20 023,9</b>
ETAT BCI(BCI + LFR + REPORT BCI)	I	10 677,0	40 629,9	6 183,1	
	F	-	0,0	2 214,8	
	P	-	0,0	560,8	
<b>Sous Total</b>		<b>10 677,0</b>	<b>40 629,9</b>	<b>8 958,7</b>	<b>20 356,6</b>
ETAT / PPTE	I	16 104,0	16 104,0		
	F	25 306,0	25 306,0		
	P				
<b>Sous Total</b>		<b>41 410,0</b>	<b>41 410,0</b>	<b>0,0</b>	<b>37 810,0</b>
ETAT	I	26 781,0	56 733,9	8 294,9	
	F	74 437,0	74 437,0	13 977,0	
	P	63 672,0	63 672,0	14 130,1	
<b>Sous Total</b>		<b>164 890,0</b>	<b>194 842,9</b>	<b>36 402,0</b>	
<b>Sous Total</b>		<b>164 890,0</b>	<b>194 842,9</b>	<b>36 402,0</b>	<b>81 790,5</b>
Collectivités locales	I				
POPULATIONS	I	-	0,0	630,3	-2 439,4
	F	22 655,0	22 655,0	7 554,7	1 950,1
	P	2 210,0	2 210,0	3 230,1	-5 878,2
<b>Sous Total</b>		<b>24 865,0</b>	<b>24 865,0</b>	<b>11 415,1</b>	<b>-6 367,6</b>
<b>Total Général</b>		<b>407 753,3</b>	<b>439 713,7</b>	<b>75 456,5</b>	<b>213 158,2</b>

**Annexe 3** :La consommation des soins de prévention materno-infantile en 2001 au Sénégal.

<b>Rubriques</b>	<b>Financement en Millions de F CFA</b>	<b>Sources</b>
PMI	12,18	PDIS
Soins néonataux materno-infantiles	9,98	PDIS
FNUAP	75	SNSR
UNICEF	216,41	PDIS
PLAN INTERNATIONAL	32,4	PDIS
<b>TOTAL</b>	<b>345,97</b>	

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Annexe 4 : Dépenses par habitant en F CFA**

Source	Ncn	Libellé	Dakar achats	Autres urbains achats	Rural achats	Total en Millions de F CFA
ESAM2	400010000	Autres frais médicaux	593	211	297	3390
ESAM2	400010000	Consultation (guérisseur, médecin, dentiste, matrone)	601	304	218	3118
ESAM2	400010000	Frais d'hospitalisation	580	527	152	3126
ESP	400010000	Santé	14020	9016	3529	67334
ESAM2	400010000	Injection , Vaccination	60	59	81	724
ESAM2	400010000	Ticket dispensaire	43	48	42	434
ESAM2	400010000	Analyses médicales	347	43	39	1014
ESAM2	400010000	Kinésithérapie	11	9	1	46
ESAM2	400010000	Radiographie	141	120	43	608
ESAM2	200020001	Médicaments	2876	1835	1420	17942
ESAM2	200020001	Autres produits pharmaceutiques	76	55	33	
ESAM2	200020001	Médicaments traditionnels	129	51	101	966
ESAM2	200020001	Lunettes				94
ESAM2	200020001	Verres de lunettes				66
ESAM2	200020001	Prothèse				222

Source : Direction de la Prévision et de la Statistique/ M. Jean Boursicot

**Annexe 5 : Exécution des dépenses de santé en 2001 par sources de financement**

Nature des dépenses	Partenaires extérieurs	FDD	BFND	BCI	Comités santé	Collectivités locales	TOTAL
Constructions	4568.88	8.60	5.72	4084.20	74.49	226.04	8967.
Equipements	7280.48	44.23	2053.31	2098.90	555.85	46.80	12079.
Investissement	11849.36	52.83	2059.03	6183.10	630.34	272.84	21047.
Personnel	438.32	166.98	13402.30	560.80	3197.74	978.20	18744.
Maintenance	509.80	199.43	933.06	23.40	476.74	1.10	2143.
Assist. tech	3316.03				32.39		3348.
Supervision	519.47			14.90	22.65		557.
Fonct. Courant	1271.18	1381.05	5694.37	1612.30	2058.32	41.80	12059.
Formation	3764.36	31.74	20.33	7.20	25.87		3849.
Médicament	523.69	1034.82	2017.36	549.20	4471.75	20.00	8616.
Iec	1268.75			7.80	27.72		1304.
Etude/recherche	153.24						153.
Coordination	148.57				13.18		161.
Suivi/évaluation	214.65						214.
Act Cur Prev	2300.63		450.00			4.00	2754.
Planification	39.95				3.04		42.
Divers	3.20				455.38		458.
Non repartis	0.00						0.
FONCT TOTAL	13523.72	2.447.61	8182.06	2191.40	7110.30	65.80	33520.
TOTAL EXECUTE	26321.20	2866.85	24576.45	8958.70	11415.12	1317.94	75456.
PROGRAMME	34028.22	2147.46	20790.23	9132.00	5913.18	1762.51	73773.
Progr. Additionnelle	12669.16	1247.64	4735.17	0.00	5501.94	0.00	24153.
Progr. Ajustée	46697.38	3395.10	25525.40	9132.00	11415.12	1762.51	97927.
TAUX EXEC % corrigé	56.37	84.44	96.28	98.10	100.00	74.78	77.

**Annexe 6 : Programmation 2002 par stratégie, en millions Fcfa**

STRATEGIES	Etat	Coll. Loc.	Co Santé	Part ext.	Total
<b>Reformes institutionnelles</b>					
Personnel	-	-	-	-	-
Fonctionnement	1 216.6	-	137.5	346	1 700.1
Investissement	500	-	-	7 274	7 774
<b>Amélioration acces. aux services</b>					
Personnel	-	-	-	-	-
Fonctionnement	563.2	3.3	29.7	-	596.2
Investissement	3 960	-	-	15 471	19 431
<b>Amélioration qualité soins</b>					
Personnel	-	-	-	-	-
Fonctionnement	11 677.4	817	2 799.5	850	15 393.9
Investissement	1 140	-	-	360	1 500
<b>Devp. Ressources humaines</b>					
Personnel	13 833	653	3 263	295	18 044
Fonctionnement	31.9	7.7	200.2	1 860	2 099.8
Investissement	-	-	-	600	600
<b>Accroître performances SR</b>					
Personnel	-	-	-	-	-
Fonctionnement	1 149.5	39.6	434.5	2 449	7 073
Investissement	51	-	-	263	314
<b>Renforcer Surv. epidem.&amp;contr.mal.</b>					
Personnel	-	-	-	-	-
Fonctionnement	619.3	4.4	133.1	1 306	2 063
Investissement	-	-	-	41	41
<b>Promouvoir mesures hyg. de protect.</b>					
Personnel	-	-	-	-	-
Fonctionnement	11	69.3	28.6	1 028	1 137
Investissement	-	-	-	189	189
<b>Appui secteur privé et med. traditionnelle</b>					
Personnel	-	-	-	-	-
Fonctionnement	1.1	-	3.3	223	227
Investissement	-	-	-	6	6
<b>Organiser et dev. Recherche operat.</b>					
Personnel	-	-	-	-	-

Fonctionnement	-	-	-	2	2
Investissement	-	-	-	714	714
<b>Appui Institutionnel</b>					
Personnel	-	-	-	-	-
Fonctionnement	67	-	-	233	300
Investissement	400	-	-	1 452	1 852
<b>Ensemble des stratégies</b>					
Personnel	13 833	653	3 263	295	18 044
Fonctionnement	15 337	941	3 766	8 297	28 342
Investissement	6 051	-	-	26 370	32 421
TOTAL	35 221	1 594	7 029	34 962	78 807
Répartition en % du Total	45%	2%	9%	44%	100%

CESAG - BIBLIOTHEQUE



**Annexe 7 : Prévisions des apports des partenaires au développement de 2002 à 2004  
en millions FCFA**

	2001 (pm)	2002	2003	2004
<b>OMS</b>	865	990	700	-
<b>UE/FED</b>	1025	2450	2150	-
<b>UNICEF</b>	1000	1800	1800	1800
<b>Japon</b>	1266	-	-	-
<b>USAID</b>	8900	3476	4000	3235
<b>FAC</b>	1383	1733	933	-
<b>AFD</b>	650	-	-	-
<b>FND</b>	1500	1850	-	-
<b>KFW</b>	1100	1200	1500	-
<b>Belgique</b>	715	Nc	Nc	-
<b>BAD/FAD</b>	2500	2500	2749	-
<b>BID</b>	2214	1000	-	-
<b>Italie</b>	762	417	-	-
<b>FNUAP</b>	454	Nc	-	-
<b>Chine</b>	350	196	-	-
<b>BM</b>	14495	9316	-	-
<b>Luxembourg</b>	29	Nc	-	-
<b>Canada</b>	250	250	-	-
<b>Espagne</b>	3000	3900	-	-
<b>Espagne</b>	-	3000	3000	-
<b>FSD</b>	-	-	3500	3500
<b>Total</b>	42458	34078	20332	8535

**Annexe 8 : Le financement des programmes de santé en 2001 au Sénégal**

N°	Libellés	Financement privé en F CFA	Financement public en F CFA	TOTAL en F CFA
1	Santé de la Reproduction	8 202,8	22,166146	8224,966 146
2	Programme National de Lutte contre le Sida	5 545	68 ,837 780	5613,83778
3	PEV=DTCP, tuberculose, Fièvre J, Hépatite B	6 277	-	6277
4	Paludisme	1200	4827,264975	6027,264975
5	Onchocercose	1200	-	1200
6	Bilharziose	343,3	-	343,3
7	Tuberculose	1061	22,450940	1083,45094
8	Lèpre	615	-	615
12	Vers de guinée	600	-	600

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Annexe 9 : Crédits alloués par le MSHP et dépenses de santé par niveau**

Rubriques	Montant en FCFA en 2001
<b>SOINS DE SANTE PRIMAIRES</b>	<b>85 086 081 416</b>
<b>CHU</b>	<b>1 766 254 022</b>
HALD	1106 950 022
FANN	659 304 000
<b>Hôpitaux hors CHU</b>	<b>3 437 482 699</b>
PRINCIPAL	300 000 000
HEAR	572 560 000
HOGGY	1 295 808 799
THIES	127 742 559
DIOURBEL	96 189 638
KAOLACK	120 094 919
LOUGA	95 400 000
NDIOUM	80182 300
OUROSSOGUI	85 130 295
ST LOUIS	146 899 000
TAMBACOUNDA	88 648 540
ZIGUINCHOR	118 127 649
HRSL	147 633 750
THIAROYE	119 579 000
<b>CNTS</b>	<b>43 486 250</b>
<b>LABORATOIRES</b>	<b>84 950 000</b>
<b>ADMINISTRATION</b>	<b>5 344 944 443</b>

**Annexes 10 : Profils des régions en 2001**

<b>Les indicateurs d'impact et de couverture</b>	<b>Valeur au Sénégal 2001</b>	<b>Norme OMS</b>
La couverture en hôpitaux	En moyenne un hôpital pour 476 000 habitants.	un hôpital pour 150 000 habitants
La couverture en centre de santé	La couverture en centres de santé : 1 centre de santé pour 160 000 habitants	Un centre de santé pour 50 000 habitants
La couverture en postes de santé	1 poste de santé pour 11 000 habitants	1 Poste de Santé pour 10 000 habitants
Rayon d'accès à un poste de santé	9,3 km	5 km
Couverture médicale	1 Médecin pour 13210 habitants	1 Médecin pour 5000 habitants
	1 sage-femme pour 6124 femmes en âge de procréer	1 sage-femme pour 300 femmes en âge de procréer
	1 infirmier d'Etat pour 4570 habitants	1 infirmier d'Etat pour 300 habitants

Source : DPS/MEF

### Annexe11: Profils des régions en 2001

Indicateurs	Dakar	Diourbel	Fatick	Kaolack	Kolda
Densité	4231	207	79	69	38
%Population urbaine	97,3	21,6	14,9	28,0	14,3
Recettes participation/tête	1260	661	635	463	501
Dépenses participation/tête	1402	643	437	470	356
Dépenses/Recettes	1,11	0,97	0,69	1,02	0,71
Nb Habitants/PS	20963	13468	10311	14486	13286
Nb Habitants/CS	211539	225582	104828	275235	265722
Nb Habitants/District	290866	225582	104828	275235	265722
Nb Habitants/Médecin	332418	902327		1100938	
Nb Habitants/Médecin	5048	30078	41931	44038	88574
Nb Habitants/Infirmier	3591	5898	6048	5764	6757
Taux de morbidité	27%	15,3%	17,4%	12%	29,8%
Contribution à la morbidité totale	29,6%	6,6%	5,6%	6,5%	11,8%
Part dans les dépenses publiques de santé	47%	6%	3%	7%	3%
Indicateurs	Louga	St Louis	Tamba	Thiès	Ziguinchor
Densité	19	19	9	199	74
%Population urbaine	22,4	34,3	17,7	40,9	16,8
Recettes participation/tête	1204	873	592	649	482
Dépenses participation/tête	821	852	605	607	510
Dépenses/Recettes	0,68	0,98	1,02	0,94	1,06
Nb Habitants/PS	9738	5850	7096	12119	8498
Nb Habitants/CS	111010	210602	129510	154857	181295
Nb Habitants/District	111010	168481	129510	174214	181295
Nb Habitants/Médecin	555052	280803	518040	696858	543886
Nb Habitants/Médecin	21348	20057	30473	19092	38849
Nb Habitants/Infirmier	4827	3097	3548	5279	4283
Taux de morbidité	17,6%	12,6%	32,2%	22,4%	25,2%
Contribution à la morbidité totale	5,1%	5,4%	8,3%	14,4%	6,8%
Part dans les dépenses publiques de santé	5%	10%	5%	8%	6%

<b>Indicateurs</b>	<b>Sénégal</b>
<u>Densité</u>	49
<u>%Population urbaine</u>	44,6
<u>Recettes participation/ tête</u>	792
<u>Dépenses participation/ tête</u>	772
<u>Dépenses/ Recettes</u>	0,97
<u>Nb Habitants/PS</u>	11606
<u>Nb Habitants/CS</u>	181310
<u>Nb Habitants/District</u>	192188
<u>Nb /Hôpital</u>	565261
<u>Nb Habitants/Médecin</u>	13496
<u>Nb Habitants/Infirmier</u>	4495
<u>Accouchements</u>	145817
<u>Nés -vivants</u>	135302
<u>Mort-nés</u>	7086
<u>Avortements</u>	6818
<u>Décès maternels</u>	442
<u>Lits</u>	3743
<u>Hospitalisés</u>	120218
<u>Taux de morbidité</u>	21%
<u>Décès</u>	3617

**Annexe 12** :Evolution du taux de mortalité materno-infantile

Indicateurs	1992/1993	EDS 1997	MICS 2000
Taux brut de mortalité	18 ‰/00	ND	ND
Mortalité maternelle pour 100 000 Naissances vivantes	510 décès 100.000 naissances	ND	ND
Mortalité infantile	76 ‰/00	69,4 ‰/00	70 ‰/00
Mortalité juvénile	87,4 ‰/00	75,1 ‰/00	80,9 ‰/00
Mortalité infanto-juvénile	156,7 ‰/00	139,3 ‰/00	145,3 ‰/00

Source : Rapport EMAP / DP

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Annexe 13 : structure de dépense de santé**

Postes	Dakar Urbain %	Autres Centres Urbains	Milieu Rural	TOTAL
Médicaments	59,4%	62%	71,8%	64,2%
Services extra-hospitaliers	29,6%	22,8%	24,6%	26,2%
Services des hôpitaux	11%	15,2%	3,5%	9,6%
TOTAL	100	100	100	100

Source : ESAM

**Annexe 14 : Répartition du budget de l'Etat**

Postes budgétaires	Montant (en milliers de francs CFA)	Pourcentage
Personnel	12 457 145	50,14
Matériel et Médicaments	5 775 493	23,25
Transfert	5 148 232	20,72
Dépenses autres	1 462 816	5,89
Total budget	24 843 686	100

Source : DF/DAGE/MSHP



**Annexe 15 : Répartition du budget alloué à la santé selon le milieu et le niveau de vie**

	Dakar		Autres villes		Milieu rural		Ensemble
	Non pauvre	pauvre	Non pauvre	pauvre	Non pauvre	pauvre	
Médicaments	52,1%	66,5%	59,3%	70%	66,9%	72,7%	61%
Autres produits pharmaceutiques	5,3%	4,3%	0,8%	1,4%	0,2%	1%	2,6%
Appareils et matériels							
Soins	1,4%	0,1%			0,3%		0,6%
Services de Médecins	18,8%	17,2%	14,9%	14,4%	18,8%	14,2%	16,6%
Analyses médicales	2,7%	0,5%	0,4%	0,8%	1,6%	0,2%	1,4%
Services auxiliaires	0,7%	1,2%	1,2%	4,7%	3,3%	3%	1,8%
Services des hôpitaux	11,4%	5,4%	16,9%	6,8%	3,7%	3,5%	9,7%
Services extra-hospitaliers	7,6%	4,7%	6,5%	1,9%	5%	5,6%	6,3%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Source :ESAM

**Annexe 16 : Evolution du budget de la santé**

Année	Rubriques				Budget National	Budget MSP/National
	Personnel	Mat.&Méd.	Transfert	Total		
1990	8167	3464	237	11868	223260	5,32%
1991	9008	3750	236	12994	226000	5,75%
1992	11900	5204	376	17480	338000	5,17%
1993	8019	3555	276	11850	225400	5,26%
1994	8839	4196	2822	15857	309400	5,11%
1995	9414	4469	2822	16706	280377	5,96%
1996	1006	6854	1893	18754	354200	5,29%
1997	10006	8379	372	19879	257100	7,73%
1998	10953	7028	1685	19785	267000	7,61%
1999	11580	10051	1580	23212	295600	7,85%
2000	12457	5775	6611	24843	295758	8,07%
2001	12630	6590	6103	25323	302544	7,84%

Source : DGCPT/DF/DAGE/MSP/MEF

QEPG - BIBLIOTHEQUE

**Annexe 17 :** Evolution du taux d'exécution des activités financées par l'Etat et les Partenaires Extérieurs

Nature de dépenses	ETAT			PARTENAIRES EXT.			TOTAL
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	
Investissement	5648	4198,9	8295	5400,4	8746,2	11849,4	55644
Fonctionnement	10398	11967,7	13976,9	1791	14084,9	14033,5	110957
Personnel	10701	13177,7	14130,1	244,2	401,5	438,3	59952
<b>Total exécution</b>	<b>26747</b>	<b>29344,3</b>	<b>36402</b>	<b>7435,6</b>	<b>23232,6</b>	<b>26321,2</b>	<b>226553</b>
<b>Programmation</b>	<b>28695</b>	<b>30108,9</b>	<b>38052,5</b>	<b>23724</b>	<b>35010,8</b>	<b>46697,4</b>	<b>273341</b>
<b>Taux d'exécution</b>	<b>93%</b>	<b>97%</b>	<b>94,6%</b>	<b>73,5%</b>	<b>66%</b>	<b>62%</b>	
<b>Taux moyen d'exécution</b>	92,2%			66,8%			82,6%

CESAG - BIBLIOTHEQUE



Réf.	I. RATIOS DE DEPENSES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Ratios
1	Dépenses totales en santé (% PIB)	4,9	4,6	4,7	4,6	4,8	4,8	4,7	4,8	4,6	4,7	192 / 1009
5	Dépenses des administrations publiques en santé (% DTS)	56,9	54,4	54,2	52,9	55,3	52,9	53,2	54,8	57,5	56,1	193 / 192
6	Dépenses privées en santé (% DTS)	43,1	45,6	45,8	47,1	44,7	47,1	46,8	45,2	42,5	43,9	214 / 192
7	Dépenses des administr. publiques en santé (% DTG)	14,6	14,6	12,6	11,6	12,0	13,2	12,2	14,4	13,9	12,6	193 / 1014
8	Dépenses de sécurité sociale en santé (% DTG)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	201 / 193
9	Dép. adm. publ. financées par fiscalité (% DGS)	95,3	94,8	95,6	90,4	87,1	76,7	84,9	78,7	80,8	77,8	[193-(201+268-277)8]/193
10	Dép. adm. publ. financées par ress. externes (% DGS)	4,7	5,2	8,8	13,7	12,5	18,8	13,9	32,9	41,5	44,0	269 / 193
11	Dépenses des régimes privés préfinancés en santé (%DPVS)	5	5	6	6	6	9	9	9	9	9	215 / 214
12	Dépenses des institutions à but non lucratif en santé (% DPVS)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	223 / 214
13	Débours nets des ménages en santé (% DTS)	40,8	43,3	43,1	44,1	41,9	43,0	42,7	41,2	38,5	40,1	227 / 192
14	Dépenses pharmaceutiques totales (% DTS)	22,2	27,2	25,4	32,3	29,7	26,4	19,5	24,5	27,9	29,1	143 / 192
15	Dépenses pharmaceutiques privées (% DPVS)	38,7	44,8	41,6	51,5	49,7	42,1	31,3	40,7	49,7	49,7	150 / 214

CESAG - BIBLIOTHÈQUE

**Annexe 19 :** Dépenses de santé des Ministère de l'Education Nationale,  
Ministère des Forces Armées et Ministère de l'Intérieur (HF).

✓ **EDUCATION NATIONALE : FONCTIONNEMENT ET HOSPITALISATION**

Ministère de l'éducation nationale	2000	2001
hospitalisation	850000000	850000000
<b>TOTAL</b>	<b>1046367000</b>	<b>1 045 488 000</b>

Source : loi des finances 2000 ,Ministère de l'Economie et des Finances.

✓ **SANTE DES ARMEES : FONCTIONNEMENT**

Ministère des forces armées	2000	2001
infirmière personnel	1407000	1407000
aide infirmière personnel	622000	622000
assistante sociale personnel(9)	15756000	15756000
sage-femme d'état personnel	1203000	1203000
assistante sociale gendarmerie	1938000	1938000
sage-femme d'état gendarmerie(6)	9075000	9075000
aide infirmière gendarmerie	809000	809000
fonctionnement santé des armées	46690000	46690000
fonctionnement serv. social des armées	14891000	14891000
fonctionnement école militaire santé	18636000	18636000
masse santé	4384000	4384000
fonctmt infirmerie hôpital de ouakam	4121000	4121000
fonct.service de la gendarmerie santé	32869000	32869000
autres fonct école militaire santé	20867000	20867000
<b>TOTAL</b>	<b>173268000</b>	<b>173 268 000</b>

Source : loi des finances 2000 ,Ministère de l'Economie et des Finances.

Ministères	1998	1999	2000	2001
<b>Forces Armées</b>	4 384 000	4384000	4384000	4 384 000
<b>Intérieur</b>	159728000	174487000	190609598	208 221 925
<b>Education Nationale</b>	70283000	73797000	77486850	81 361 195
<b>Total</b>				<b>293 967 120</b>

Source : MEF/autorisations budgétaires à caractères sanitaire

Ministères	2001
<b>Forces Armées</b>	177 652 000 F CFA
<b>Intérieur</b>	208 221 925 F CFA
<b>Education Nationale</b>	1 126 849 195 F CFA
<b>Total</b>	<b>1 512 723 120 F CFA</b>

222	Entreprises publiques	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
223	ONG et institutions à but non-lucratif (HF.2.4)	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
227	Débours nets des ménages en santé (HF.2.3)	30813	30862	31730	30979	37716	45596	49413	52806	51100	55000	Estimations								
228	Coassurance (ticket modérateur) & forfaits	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
229	dont débours directs	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	
	<b>SOURCES DE FINANCEMENT MESUREES (FS)</b>																			
253	Dépenses en santé financées par la fiscalité	40967	36799	38151	33585	43315	43026	52185	55280	61620	59942	lignes 193 - 201 -								
262	Transferts admin. territoriales vers S.S	0	0	0	0	0	C	0	0	0	0									
283	Depenses privées en santé	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a									
285	Versements obligatoires des employeurs à la S.S.	0	0	0	0	0	C	0	0	0	0									
301	Contributions des employés à la S.S.	0	0	0	0	0	C	0	0	0	0									
268	Dép. financées par ressources externes	2033	2001	1749	3565	6435	13044	9315	14920	14680	17058	lignes 269 + 272								
269	... Dons	2033	2001	1749	3565	6435	8501	4773	3433	3194	5572	lignes 270 + 271								
270	... Dons aux administrations	2033	2001	3498	5081	6230	5994	4001	11638	20171	22387	OCDE, CAD								
271	... Dons aux ONG et institutions à but non lucratif	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a									
272	... Prêts aux administrations	0	0	0	0	C	4542	4542	11486	11486	11486	OCDE, CAD								

CESAG -

**Annexe 20 :Les Dépenses de santé dans la Fonction publique en 2001 au Sénégal**

Source :Ministère de la Fonction Publique ,du Travail et de l'Emploi

Entité	Montant en F CFA	Source
Etat	3 915 887 643	"Etude Actuarielle de fixation du taux d'équilibre à long terme de la Mutuelle de Santé de la Fonction Publique"
	5 674 968 477	
IPM		Ministère du travail
Caisse de Sécurité Sociale	1 730 320 981	CSS réparation des accidents du travail et des maladies profess.
IPRES	350 000 000	IPRES
Mutuelles	1099567334	hygea2003



**Annexe 21** : Classification fonctionnelle au profit du MSHP

<b>Rubriques</b>	<b>Montant en F CFA</b>
Soins hospitaliers	12 298 353 014 (18,2%)
Soins ambulatoires	4 127 322 534 (6%)
Administration	40 985 183 701 (70%)
Prévention	9 264 725 704 (13%)
Formation/Recherche/Enseignement	592 042 712 (0,8%)
<b>TOTAL</b>	<b>67 267 627 665</b>

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Annexe 22 : Indicateurs de performance du PDIS**

**INDICATEURS FINANCIERS**

ANNEE	1997	1998	1999	2000	2001
Part du budget de la Santé dans le budget national	7,25	7,48	7,71	9	9,17
Accroissement annuel du budget de fonctionnement (H.P)		0,10	0,10	0,10	0,10

**INDICATEURS DE COUVERTURE**

ANNEE	1997	1998	1999	2000	2001
Taux de fréquentation des services	0,40	0,44	0,48	0,52	0,56
Taux de couverture de la consultation primaire curative	0,50	0,56	0,62	0,68	0,74
Taux de couverture vaccinale de enfants de moins d'un an	0,40	0,48	0,56	0,64	0,72
Taux de couverture de la consultation prénatale	0,30	0,34	0,38	0,42	0,46
Taux de prévalence contraceptive	0,09	0,10	0,10	0,10	0,10

**INDICATEURS D'IMPACT**

ANNEE	1997	1998	1999	2000	2001
Taux de mortalité maternelle (p. 100.000 NV)	510				
Taux de mortalité infantile (p.1000)	68			68	68
Indice synthétique de fécondité (nbre de moyen d'enfants par femme)	5,9	5,7	5,5	5,3	5,1

Source CAS/MS/Rép. du Sénégal

Annexe 23 : Plan d'opérations par stratégies du PDIS en 2001

STRATEGIES 2001-Année	INVESTISSEMENT			FONCTIONNEMENT			PERSONNEL				%		
	Etat	Coll.	Comités	Parten.	Etat	Coll.	Comités	Parten.	Etat	Coll.		Comités	Parten.
formes	1117	0	0	784	1106	0	125	445	0	0	0	0	4,84%
accès aux services	4466	611	57	13869	512	3	27	228	0	0	0	0	27,80%
qualité des soins	3698	321	153	4224	9819	153	2145	700	0	0	0	0	30,75%
ressources humaines	50	2	3	1446	29	7	182	1860	9323	456	2622	295	23,06%
programmes de santé	51	0	41	222	1045	36	395	2449	0	0	0	0	5,74%
surveillance épidémiologique	1	1	8	31	563	4	121	1306	0	0	0	0	2,75%
hygiène & sainissement	2	8	0	179	10	63	26	1028	0	0	0	0	1,78%
médecine privée & éducation	0	0	0	6	1	0	3	223	0	0	0	0	0,31%
recherche opérationnelle	0	1	1	712	0	0	0	1	0	0	0	0	0,96%
appui institutionnel	198	0	0	726	77	0	6	970	0	0	0	0	2,72%
			47 %				36 %			17 %			100 %

Annexe 24

Méthode de Kwabata

Calcul de la CFS (contribution financière des ménages)

$$\begin{aligned} \text{CFS} &= \text{Total dépenses de santé} / \text{Faculté contributive} = \text{DS} / \text{Dépense des ménages} + \text{Impôts des ménages} - \text{Dépenses Nourriture.} \\ &= 153\,669\,000\,000 / 3\,163\,000\,000 - 1\,518\,240\,000 = 153\,669 / 1644,76. \end{aligned}$$

$$\text{Indice d'inégalité} = \sum [ \text{CFS}_i - \text{CFS}_j ] / n \times 0,125 = [1,31 - 0,063] / 3875 \times 0,125 = 0,00849.$$

$$\text{Indice d'équité} = 1 - 4(\text{indice d'inégalité}) = 1 - 4(0,00849) = 97,5\%$$

**Annexe 25 :Cliniques privées, cabinets médicaux et paramédicaux privés**

Régions	Cabinets médicaux	Cliniques privées	cabinets paramédicaux privés	TOTAL
Dakar	443	28	195	666
Diourbel	6	1	46	53
Thiès	41	4	84	129
kaolack	11	3	55	69
louga	6	0	24	30
Saint Louis	17	1	50	68
Fatick	0	0	23	23
tamba	6	0	27	33
Kolda	4	0	19	23
matam	6	0	1	7
ziguinchor	11	0	43	54
TOTAL	551	37	567	1155

Source :Direction de la santé/Ministère de la Santé ,de l'Hygiène Publique et de la Prévention.04/11/02



BIBLIOTHEQUE