



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



**Promotion 2017-2018**

## **Mémoire de fin de formation**

**Pour l'obtention du Master in Business Administration en  
Economie de la Santé (MBA-ES)**

**APPORTS ET LIMITES DES DEVELOPPEMENTS RECENTS  
DES COMPTES DE LA SANTE : CAS DES DEPENSES PAR  
PATHOLOGIE AU SENEGAL EN 2013**

**Présenté et soutenu par :**

**Mr. FOFANA Ben Ali**

**Dirigé par :**

**Pr. Hervé Lafarge**

**Enseignant associé au CESAG**

**Octobre 2018**

## Dédicaces

A mes très chers parents, qui n'ont ménagé aucun effort pour rendre cette formation possible : soutien affectif, moral et financier.

Vous représentez pour moi le symbole de la bonté et de l'excellence. Je suis fier d'être votre enfant et fier de l'éducation que vous m'avez donnée. Vos prières et vos bénédictions n'ont cessé de m'accompagner à toutes les étapes de ma vie et m'ont permis d'arriver là où je suis aujourd'hui. Sachez qu'aucune dédicace ne saurait exprimer, à leur juste valeur, ma reconnaissance et ma gratitude. Je vous réitère, à travers cette dédicace, le témoignage de mon amour indéfectible.

Puisse Allah, le Tout Puissant, vous bénisse, vous préserve et vous accorde la santé et longévité pour que je puisse à mon tour vous combler et vous rendre, davantage, fiers de moi.

## Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier ALLAH, le Tout Puissant et Miséricordieux, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce Modeste travail. En second lieu, nous adressons nos vifs remerciements à notre directeur de Mémoire, Professeur Hervé Lafarge, Enseignant associé au Département CESAG-SANTE, pour avoir accepté de diriger ce mémoire. Pour la rigueur consacrée à la réalisation de ce travail. Veuillez recevoir l'expression de toute notre gratitude pour votre soutien et les conseils dispensés.

Nous tenons également à remercier très sincèrement les personnes ci-après :

- Dr Farba Lamine SALL, représentant OMS au Sénégal pour nous avoir facilité le stage, les conseils et l'aide multiforme qu'il nous a apporté ;
- Dr Youssoufou NDIAYE, Directeur de la DPRS au Ministère de la Santé du Sénégal pour nous avoir accordé le stage afin de bien mener cette étude ;
- Mme Thiané GUEYE, responsable des comptes de la santé du Sénégal pour les efforts consentis, les soutiens et les connaissances acquises durant notre passage au sein de son unité ;
- Tout le personnel de la DPRS, en particulier la Cellule Economie de la Santé pour nous avoir accepté comme un membre de la famille, assisté, soutenu et accompagné tout au long de nos recherches ;
- Dr EL Hadj GUEYE chef du département CESAG SANTE pour les efforts consentis pour la bonne marche de notre Département ;
- Au corps enseignant du Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG), qui n'a ménagé aucun effort pour contribuer à notre formation ;
- Tous les camarades de la promotion CESAG-SANTE 2017-2018, en particulier Dr Ngoné GUEYE et Dr Diallo Aliou Mamadou pour le soutien, l'affection et les bons moments passés ensemble ;
- Enfin, nous tenons à remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont accordé une main forte à l'aboutissement de ce travail, trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

## Liste des sigles et abréviations

<b>ANSD</b>	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
<b>CES</b>	Cellule Economie de la Santé
<b>CESAG</b>	Centre africain d'Etude Supérieur en Gestion
<b>CMU</b>	Couverture Maladie Universelle
<b>CNS</b>	Comptes Nationaux de la Santé
<b>CS</b>	Comptes de la Santé
<b>DAGE</b>	Direction d'Administration de Gestion et Equipement
<b>DCS</b>	Dépenses Courantes de Santé
<b>DPRS</b>	Direction de la Planification, de la Recherche et Statistique
<b>DSRP</b>	Document stratégique de la Réduction de la Pauvreté
<b>DTS</b>	Dépenses Totales de Santé
<b>EDS</b>	Enquête Démographie de Santé
<b>EPS</b>	Etablissement publique de Santé
<b>FMI</b>	Fond Monétaire International
<b>GAR</b>	Gestion Axée sur le Résultat
<b>IB</b>	Imputation Budgétaire
<b>IPM</b>	Institution de Prévoyance Maladie
<b>ISM</b>	Institut Supérieure de Management
<b>MSAS</b>	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
<b>OMD</b>	Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OOAS</b>	Organisation Ouest Africaine de la Santé
<b>OUA</b>	Organisation de l'Union Africaine
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PS</b>	Poste de Santé
<b>PTF</b>	Partenaire Technique et Financier
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
<b>RDP</b>	Revue des Dépenses Publiques
<b>RM</b>	Région Médicale
<b>SCS</b>	Système Comptes de la Santé
<b>SIGFIP</b>	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
<b>SIS</b>	Système d'Information Sanitaire
<b>SNIS</b>	Système Nationale d'Information Sanitaire
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1: structure des collectes de données.....</b>	<b>38</b>
<b>Tableau 2: exemple de clé de répartition pour les maladies.....</b>	<b>40</b>
<b>Tableau 3:: les dépenses courantes de santé par fonctions de soins.....</b>	<b>48</b>
<b>Tableau 4: dépenses courantes par sexe et groupe maladie.....</b>	<b>49</b>
<b>Tableau 5: dépenses courantes par Age et par groupe de maladies .....</b>	<b>52</b>
<b>Tableau 6:dépenses courantes de santé par groupe de maladie.....</b>	<b>53</b>
<b>Tableau 7: dépenses par groupe de maladie et source de financement .....</b>	<b>55</b>
<b>Tableau 8: dépenses des ménages par groupe de maladie .....</b>	<b>56</b>
<b>Tableau 9: structure des dépenses par groupe de maladies.....</b>	<b>61</b>
<b>Tableau 10: indice d'Abuja en 2013.....</b>	<b>69</b>

## Liste des figures

<b>Figure 1: la carte du Sénégal avec les 14 régions .....</b>	<b>7</b>
<b>Figure 2:Pyramide de l'offre de soin au Sénégal .....</b>	<b>10</b>
<b>Figure 3: Organigramme du Ministère de la Santé et de l'Action sociale.....</b>	<b>13</b>
<b>Figure 4: dépenses totales de santé en 2013.....</b>	<b>42</b>
<b>Figure 5:dépenses totales par sources de financement de 2006 à 2013.....</b>	<b>43</b>
<b>Figure 6: financement de la santé en 2013.....</b>	<b>44</b>
<b>Figure 7: : évolution des dépenses des ménages de 2006 à 2013.....</b>	<b>45</b>
<b>Figure 8:la structure des dépenses des ménages de 2006 à 2013 .....</b>	<b>46</b>
<b>Figure 9: la structure des paiements directs des ménages en 2013 .....</b>	<b>47</b>
<b>Figure 10: dépenses par groupe de maladies et par sexe .....</b>	<b>50</b>
<b>Figure 11:dépenses courantes par Age .....</b>	<b>51</b>
<b>Figure 12: dépenses par groupe de maladie .....</b>	<b>53</b>
<b>Figure 13: dépenses courantes par maladies non transmissibles chez les ménages</b>	<b>57</b>
<b>Figure 14: dépenses courantes de santé par maladies infectieuses chez les ménages .....</b>	<b>59</b>

## Liste des annexes

<b>Annexe 1: arrêté n°11588 du 11 juillet 2017 portant création de la CES.....</b>	<b>81</b>
<b>Annexe 2: Tableau de croisement entre les régimes de financement et les agents de financement .....</b>	<b>82</b>
<b>Annexe 3: Tableau de croisement entre groupe de maladies et les sources de financement .....</b>	<b>83</b>
<b>Annexe 4: Tableau de croisement entre groupe de maladies et les fonctions .....</b>	<b>84</b>
<b>Annexe 5: Tableau de croisement entre groupe de maladies et les facteurs de prestation .....</b>	<b>85</b>
<b>Annexe 6: Tableau de croisement entre groupe de maladie et les agents de financement .....</b>	<b>86</b>
<b>Annexe 7: Tableau de croisement entre groupe de maladies et Age.....</b>	<b>87</b>
<b>Annexe 8: Tableau de croisement entre groupe de maladies et Sexe.....</b>	<b>87</b>

## SOMMAIRE

<b>Dédicaces.....</b>	<b>i</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>ii</b>
<b>Liste des sigles et abréviations .....</b>	<b>iii</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>iv</b>
<b>Liste des figures.....</b>	<b>v</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>vi</b>
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>vii</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>1</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE .....</b>	<b>5</b>
<b>Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 PRESENTATION DU SENEGAL .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 PRESENTATION DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE (MSAS).....</b>	<b>12</b>
<b>1.3 PRESENTATION DE LA DIRECTION DE LA PLANIFACATION, DE LA RECHERCHE ET STATISTIQUE (DPRS).....</b>	<b>15</b>

<b>1.4</b>	<b>PRESENTATION DE LA CELLULE D'ECONOMIE DE LA SANTE</b>	<b>16</b>
	<b>Chapitre 2 : ANALYSE THEORIQUE DE L'ETUDE</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>PROBLEMATIQUE</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>INTERET DE L'ETUDE</b>	<b>21</b>
<b>2.3</b>	<b>PROCESSUS D'ELABORATION</b>	<b>22</b>
<b>2.4</b>	<b>LIMITES DE L'ETUDE</b>	<b>22</b>
	<b>CHAPITRE 3 : REVUE DE LA LITTÉRATURE</b>	<b>23</b>
<b>3.1</b>	<b>DEFINITION DES CONCEPTS</b>	<b>23</b>
<b>3.2</b>	<b>Le champ de la recherche</b>	<b>24</b>
<b>3.3</b>	<b>Les comptes de la santé par pathologie</b>	<b>25</b>
<b>3.4</b>	<b>Le processus d'élaboration des comptes de la santé</b>	<b>31</b>
	<b>DEUXIEME PARTIE : CADRE TRATIQUE DE L'ETUDE</b>	<b>33</b>
		<b>33</b>
	<b>CHAPITRE 4 : LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE DES CS AU SENEGAL</b>	<b>34</b>
		<b>34</b>
<b>4.1</b>	<b>Cadre institutionnel</b>	<b>34</b>
<b>4.2</b>	<b>Comité de pilotage</b>	<b>34</b>
<b>4.3</b>	<b>Comité technique</b>	<b>34</b>
<b>4.4</b>	<b>Choix méthodologiques</b>	<b>35</b>
	<b>CHAPITRE 5 : ANALYSES ET INTERPRETATIONS DES RESULTATS</b>	<b>42</b>
<b>5.1</b>	<b>Le financement de la santé au Sénégal</b>	<b>42</b>

<b>5.2</b>	<b>Les dépenses courantes de santé en 2013.....</b>	<b>48</b>
<b>Chapitre 6 :</b>	<b>INTERPRETATIONS DES INDICATEURS ET LES</b>	
	<b>DETERMINANTS DES DEPENSES CATASTROPHIQUES DES MENAGES..</b>	<b>63</b>
<b>6.1</b>	<b>Les indicateurs de base de sante.....</b>	<b>63</b>
<b>6.2</b>	<b>Les indicateurs optionnels de sante.....</b>	<b>70</b>
<b>6.3</b>	<b>Les déterminants des dépenses catastrophiques des ménages sur leur état</b>	
	<b>de santé.....</b>	<b>73</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>.....</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>.....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>.....</b>	<b>80</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>.....</b>	<b>88</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>.....</b>	<b>89</b>

## **INTRODUCTION GENERALE**

## Résumé

Ce rapport, qui s'appuie sur une nouvelle nomenclature des Comptes de la Santé, fait une analyse descriptive des dépenses courantes de santé par pathologie en 2013.

Le financement du système de santé au Sénégal est assuré à travers les interventions des différents acteurs des secteurs public et privé ainsi que des Partenaires Techniques et Financiers. En 2013, le montant total financé dans le secteur de la santé s'élève à 430,7 milliards F CFA soit près de 6% du PIB et 31 881 FCFA par habitant. Les ménages constituent la plus importante source de financement de la santé. Leur contribution au financement représentant 55,17% des dépenses totales. Les dépenses courantes de santé représentent 409 823 807 520 FCFA soit 95,16% et les dépenses en capital 20 853 622 480 FCFA soit 4,84%. Environ 57,98% des dépenses courantes de santé en 2013 sont constituées des dépenses des ménages. La part de l'administration publique est estimée à 23% et celle du reste du monde à 13,47%.

Les résultats de notre étude ont révélé que les dépenses courantes de santé par pathologie chez les femmes (51,35%) sont plus élevées que celles des hommes (48,6%) et quel que soit la tranche d'âge les maladies infectieuses et parasitaires sont supérieures aux autres groupes de maladies. En effet, chez les ménages, les dépenses par groupe de maladie sont en grande partie orientées vers les maladies non transmissibles (35,62%), dont les maladies de troubles mentaux représentant 16,74% soit 14,184 milliards, ensuite les maladies bucco-dentaires 14,28% de leur dépense totale et les maladies cardiovasculaires 12,75%. Quant aux maladies transmissibles représentant 32,87% de leurs dépenses, les maladies VIH/SIDA sont tête avec 18,80%, ensuite les maladies infectieuses des voies respiratoires 18,43%, la tuberculose 16,47% et le paludisme (14,25%). Cependant, les dépenses de l'administration publique et des PTF sont plus orientées vers les maladies transmissibles respectivement 41,73% et 68,77%.

Par ailleurs, l'un des apports à cette étude a été l'interprétation des indicateurs de base qui permettent de faire des comparaisons sur le plan international et les indicateurs optionnels qui permettent de faire des analyses spécifiques.

## INTRODUCTION

Au seuil du troisième millénaire, le continent Africain est confronté à de nombreux et importants défis qu'il faut affronter pour garantir à la majorité des populations un accès équitable et durable à des services de santé de qualité et une amélioration du niveau de vie des populations. Le Sénégal, confronté à ces défis, a entrepris des réformes dans le financement de la santé avec des politiques telles que celles relatives à la stratégie de la Couverture Maladie Universelle (CMU, 2014) dont la gratuité des soins pour la tranche d'âge comprise entre 0 et 5 ans. Aussi, à l'image de la communauté internationale le gouvernement a également adopté les Objectifs du millénaire pour le Développement (OMD) et a eu à élaborer le Plan Sénégal Emergent (PSE, 2014) dont les orientations ont guidé la révision du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) au cours de sa deuxième phase quinquennale. Également, plusieurs études ont été menées dans le secteur de la santé afin de fournir des informations utiles pour le management du système. Il s'agit notamment des Revues des Dépenses Publiques (RDP, 2013), de l'enquête suivi des dépenses jusqu'à destination, l'Enquête Démographie et Santé (EDS, 2013).

De nos jours les comptes de la santé fournissent un éclairage essentiel sur le système de santé. Ils permettent en particulier de reconstituer la dépense nationale totale effectuée au cours de l'année, d'en analyser les sources de financement, la répartition par catégorie de soins et de mettre en perspective, sur une longue période, les évolutions macro-économiques structurelles du système de santé. Ils fournissent également, en termes d'emploi des dépenses, une grille de lecture par secteur de production, vue sous l'angle des institutions telles que : hôpitaux publics, hôpitaux privés, médecine ambulatoire, médicaments, etc. En revanche les comptes de la santé ne permettaient pas jusqu'ici d'interpréter cette allocation d'un point de vue médical : quelles pathologies sont prises en charge, selon quels processus de soins ? L'idée d'une approche médicalisée des comptes, initiée à la commission des comptes de la santé de l'OMS il y a une dizaine d'années, n'avait pu aboutir faute de systèmes d'information adaptés. Mais aujourd'hui, l'effort d'enrichissement des sources administratives par des données médicales commence à porter ses fruits.

Les systèmes nationaux de comptes de la santé en sont actuellement à des stades de développement variés et peuvent différer à de nombreux égards : limites tracées entre les activités sanitaires et d'autres activités économiques et sociales, nomenclatures et règles comptables utilisées, niveau de détail fourni. Le Système de comptes de la santé (SCS) sert de cadre à l'établissement d'une famille de tableaux interdépendants permettant la notification uniforme des statistiques sur les dépenses de santé et leur financement. Le SCS a été conçu à la fois pour faciliter la collecte internationale des données et pour servir éventuellement de modèle aux pays qui souhaitent réviser et compléter leurs comptes nationaux de la santé en tant qu'instruments d'aide à la formulation des politiques.

A l'instar d'autres pays, le Sénégal fait face à une forte attente pour la redevabilité sur l'utilisation des ressources, la réalisation des résultats et l'efficacité des actions publiques. La gestion axée sur les résultats (GAR) devient ainsi un impératif à tous les niveaux du système de santé. Elle s'accompagne d'un ensemble de principes, d'approches et d'outils devant aider à atteindre les objectifs de développement. Malgré les avancées appréciables enregistrées par notre système de santé, force est de reconnaître qu'au niveau de certains centres de responsabilité il y a beaucoup d'efforts à faire. Face à cette réalité, la planification, le suivi et l'évaluation des performances du secteur se concentrent de plus en plus sur les priorités et les résultats à atteindre par les différents centres de responsabilité. C'est dans ce cadre que le Sénégal a élaboré pour la cinquième fois (2005, 2006, 2007, 2008 et 2013) les Comptes de la Santé (CS) qui constituent un important outil de suivi et d'évaluation des dépenses de santé. Les Comptes de la santé permettent de retracer les flux financiers liés à la consommation de biens et services de santé au cours d'une période donnée. Il s'agit d'un outil au service de tous les opérateurs du système à qui il fournit des informations nécessaires à la prise de décisions. Ils visent principalement à décrire le système de santé du point de vue des dépenses et sont indispensables pour le suivi des tendances en matière de dépenses de santé. Les Comptes de la Santé aident aussi à la mesure des performances de la politique de financement de la santé. A ce titre, les résultats qu'ils génèrent permettent d'apprécier l'évolution des indicateurs sur les dépenses de santé dans le temps et dans l'espace.

**PREMIERE PARTIE : ANALYSE  
SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE  
L'ETUDE**

## **Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE**

Ce chapitre porte d'abord sur la description du Sénégal (source PNDS 2009-2018 et l'annuaire statistique), du Ministère de la Santé et de l'action sociale (source : Ministère de la Santé), et la description de la Cellule d'Economie de la Santé rattaché à la Direction de la Planification, Recherche et de Statistique (DPRS) au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal (source : la DPRS).

### **1.1 PRESENTATION DU SENEGAL**

#### **1.1.1 Situation géographique du Sénégal**

Chapitre 1 La République du Sénégal est située en Afrique Occidentale, comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. Sa superficie est de 196722 km<sup>2</sup>. Elle est limitée au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. A l'Ouest, le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côte. Sa pointe Ouest est la plus occidentale de toute l'Afrique continentale. La Gambie, qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédhiou et de Kolda au Sud. Le réseau hydrographique du Sénégal est constitué de quatre grands fleuves : le Sénégal, la Gambie, la Casamance, le Saloum et par des affluents auxquels s'ajoutent quelques cours d'eau temporaires. Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. Celle-ci est plus longue en Casamance au sud du pays où les précipitations annuelles sont les plus importantes, avec une moyenne de 1 400 mm Celles-ci chutent considérablement au Nord, avec moins de 381 mm A l'instar des autres pays du Sahel, le Sénégal est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies.

#### **1.1.2 Situation administrative du Sénégal**

Le Sénégal est composé de 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements, 113 communes, 46 communes d'arrondissement, 370 communautés rurales et avec une

population estimée à 14 700 000 habitants en 2016. Depuis l'adoption de la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales, le Sénégal compte désormais trois ordres de collectivités locales : régions, communes et communautés rurales. A leur tête siègent des conseils élus investis de compétences dans neuf domaines dont la santé. Les régions sont subdivisées en départements et ces derniers en arrondissements.

Figure 1: la carte du Sénégal avec les 14 régions



Source : plan stratégique 2011-2016

### 1.1.3 Situation socio-économique du Sénégal

#### 1.1.3.1 Religion

La population sénégalaise est très majoritairement musulmane (88 à 94%), mais les chrétiens surtout les catholiques sont également présents avec près de 4 à 12%, l'animisme est pratiqué principalement dans le sud-est du pays et toutes ces religions différentes cohabitent dans une parfaite harmonie.

Le Sénégal est réputé pour sa tolérance religieuse. Il n'est pas rare de voir des membres de même famille appartenir à des religions différentes. Les mariages interreligieux sont nombreux. Les fêtes musulmanes et chrétiennes sont également fêtées et respectées par les différentes confréries musulmanes et les autres communautés.

### **1.1.3.2 Education**

Le Sénégal est l'un des pays du continent qui peut se targuer d'avoir un enseignement de qualité à l'image du CESAG et ISM etc. avec des équivalences de diplômes avec les universités étrangères les plus prestigieuses tant en France qu'aux Etats – Unis. Ceci permet également des échanges avec des étudiants qui viennent étudier au Sénégal dans le cadre d'études spécifiques ou des étudiants sénégalais qui partent à l'étranger afin de diversifier leurs connaissances dans le cadre de la recherche.

La population étant très jeune, la demande en formation est très forte sans compter la jeunesse des autres pays africains plus pauvres qui tente de terminer leurs formations à Dakar.

### **1.1.3.3 Economie**

Le Sénégal possède la quatrième économie de la sous-région ouest africaine après le Nigéria, la Côte d'Ivoire et le Ghana. Il est la deuxième économie en Afrique de l'Ouest francophone derrière la Côte d'Ivoire. Son économie est très tournée vers l'Europe et l'Inde. Ses principaux partenaires économiques sont la France, l'Inde, l'Italie, la Chine et les États-Unis. L'économie du Sénégal est tirée par l'exploitation minière, la construction, le tourisme, la pêche et l'agriculture, qui sont les principales sources d'emploi dans les zones rurales. Les principales industries exportatrices du pays sont l'extraction de phosphates, la production d'engrais, les produits agricoles et la pêche commerciale, ainsi que les projets d'exploration pétrolière. Le Sénégal dépend fortement de l'aide des donateurs, des envois de fonds et des investissements directs étrangers. Pour la première fois au cours des 12 dernières années, le Sénégal a atteint un taux de croissance de 6,5 % en 2015 et dépassé 6,6 % en 2016 (PNDS, 2009-2018), en partie grâce à une performance agricole soutenue notamment par les pluies et à la productivité du secteur.

Il importe de noter que l'impact de l'état de santé sur le développement humain en général, sur la productivité du travail et sur la pauvreté en particulier, est une donnée importante dans la mesure de la performance d'une économie. En effet, les maladies affectent sérieusement la production et les revenus des ménages. Les ménage ou un individu peut, à tout moment, basculer dans la pauvreté.

Cependant il faut rappeler que conformément aux engagements pris par les chefs d'Etats africains à Abuja en 2000, la part du budget de l'Etat allouée à la santé devrait être de 15%, mais actuellement elle est de 10% (Loi des finances, 2017).

#### **1.1.4 La politique de Santé**

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8 et dispose en son article 17 que « ...L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être... ».

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants :

- ✓ l'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- ✓ l'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- ✓ la promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- ✓ la protection des groupes vulnérables ;
- ✓ le renforcement du partenariat public-privé ;
- ✓ la promotion de la multisectorialité ;
- ✓ l'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- ✓ la culture de la gestion axée sur les résultats.

(PNDS, 2009-2018).

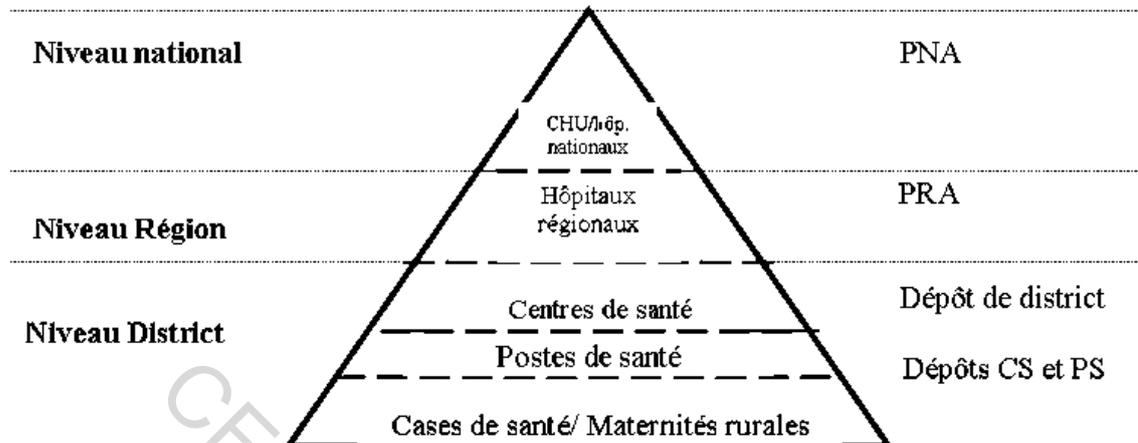
#### **1.1.5 Organisation sanitaire/Offre de services**

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central (Ministère de la santé), intermédiaire (Régions Médicales) et périphérique appelé district sanitaire. Le district est considéré comme l'aire géographique opérationnelle dans le scénario de développement sanitaire et social au Sénégal. En 2013, le Sénégal compte 14 régions médicales et 76 districts sanitaires.

L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de

santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé, la médecine traditionnelle et au niveau communautaire, par des cases de santé.

Figure 2: Pyramide de l'offre de soin au Sénégal



Source : PNDS 2009-2018

Missions des différents niveaux de la pyramide Sanitaire

➤ **NIVEAU CENTRAL**

Il conçoit les objectifs et les options stratégiques en santé. Il veille à :

- ✓ la mobilisation et l'utilisation des ressources ;
- ✓ l'acquisition des technologies traditionnelles et/ou modernes ;
- ✓ l'amélioration de la gestion.

➤ **NIVEAU INTERMEDIAIRE**

Ce niveau sélectionne et adapte les techniques pour la mise en œuvre de la politique de santé et canalise l'expertise technique vers les districts sanitaires. La région médicale est chargée d'une mission permanente d'information, de coordination technique des structures sanitaires, de synthèse et de gestion administrative du personnel.

La structure de dialogue du niveau régional est le fonds spécial régional pour la promotion de la santé.

## ➤ NIVEAU PERIPHERIQUE

C'est l'échelon opérationnel du système national de santé. C'est ici que s'opère l'intégration des ressources pour rendre effective l'action sanitaire aux communautés, ménages et individus à travers diverses activités.

### 1.1.6 Système d'information sanitaire au Sénégal

Le système d'information sanitaire à des fins de gestion est en cours de reconstruction. Parmi les acquis, on peut noter : la standardisation des outils et l'harmonisation des procédures de collecte des données au niveau des districts, l'informatisation du Système d'Information Sanitaire (SIS) initiée dans le cadre du PNDS 1998-2007 à travers le logiciel « Application Santé », la création en 2004 du Service National de l'Information Sanitaire (SNIS). Ces différents dispositifs ont permis la sortie régulière de l'annuaire statistique depuis trois ans avec une amélioration progressive de la qualité des données. Malgré tout, il reste beaucoup d'efforts à fournir en termes de renforcement en ressources humaines et en logistique. En plus, l'informatisation du système doit être revue et adaptée à l'environnement technologique actuel pour mieux prendre en compte les besoins aux niveaux central et régional. Par ailleurs, le SNIS devrait être mieux préparé à prendre en compte les préoccupations des autres secteurs ayant des actions de santé qu'il s'agisse du secteur privé, des autres ministères, des organisations internationales, etc. Pour cela, la collaboration doit être développée avec les institutions de recherche ou les agences spécialisées dans la statistique et la démographie telles que l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). PNDS 2009-2018 Sénégal 20 Au niveau périphérique, les données collectées sont souvent incomplètes et manquent de qualité et d'exhaustivité. Il s'y ajoute une insuffisance de coordination du fait de l'interférence des programmes qui ne tiennent pas compte de la périodicité des rapports fournis par les différents niveaux. Une des solutions à ce problème passera par le renforcement des capacités au niveau régional Au niveau de la réglementation, il importe de prendre des actes pour organiser le circuit de l'information en prenant soin d'identifier des responsables à tous les niveaux, de préciser les conditions d'accès à l'information et les modalités de diffusion.

### **1.1.7 Gestion de l'environnement interne et externe du système**

Les performances du secteur de la santé sont fortement influencées par un environnement interne et externe.

A l'interne, la multiplication des acteurs (les ministères ayant des actions de santé et d'action sociale, les collectivités locales, les organisations de la société civile) nécessite la mise en place de mécanismes de coordination formels. C'est dans ce cadre qu'un accent particulier devra être mis sur la promotion de la multisectorialité, la collaboration avec la société civile et le renforcement du partenariat public-privé. La politique de contractualisation élaborée depuis 2005 devrait davantage aider à opérationnaliser ces partenariats bénéfiques. Il est toutefois nécessaire de mettre en place des outils et des mécanismes pour assurer le suivi de ces partenariats afin d'en garantir l'efficacité recherchée.

A l'externe, la gestion transfrontalière des épidémies relève des organisations régionales et sous régionales telles que la Région Afrique de l'OMS et l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). La préparation des missions liées aux activités de ces organisations connaît parfois des problèmes qui affectent la qualité de la participation du Sénégal. Il s'agit de l'insuffisance de coordination et d'implication des experts qualifiés. En outre, les résultats des missions ne sont pas systématiquement partagés. Or, toutes les opportunités en matière de financement extérieur doivent être exploitées au double plan de la coopération multilatérale et bilatérale.

## **1.2 PRESENTATION DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE (MSAS)**

Pour exécuter la mission qui lui est assignée, le MSAS allie l'organisation pyramidale classique du système de santé connue dans les pays africains à des réformes de structures en vue d'améliorer la qualité des services. Dans le cadre de la réforme hospitalière, 3 niveaux de référence ont été créés : Etablissement Public de Santé de niveau 3 (Hôpitaux nationaux), EPS 2 (plateau technique des hôpitaux régionaux actuels), centres de santé de référence de certains districts. Les hôpitaux ont acquis le statut d'établissement public de santé. En outre, le MSAS compte au niveau déconcentré, les Services Régionaux de

l'Action Sociale, les Services Départementaux de l'Action Sociale, les Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale et les Centres de Réadaptation Sociale.

### 1.2.1 Composition du MSAS (décret 2014)

La composition du MSAS est la suivante :

- Ministre de la santé et de l'action sociale ;
- Secrétaire général ;
- Directeur de cabinet ;
- les directions ;
- les Services rattachés.

Figure 3: Organigramme du Ministère de la Santé et de l'action sociale



Source : Annuaire statistiques 2013

### 1.2.2 Missions et objectifs du MSAS (lettre sectorielle de développement LSPD)

Le Sénégal a compris très tôt l'importance du secteur de la santé dans l'activité économique. Le pays a réaffirmé cette volonté notamment par l'article 14 de la constitution (que l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller de la santé physique, morale et mentale de la famille) et par la ratification des textes internationaux tels que la déclaration universelle des Droits de l'Homme, la charte de l'OUA et la Convention des Droits de l'Enfant. C'est ainsi que la mission du Ministère

de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) définie dans le Décret n° 2014-867 du 22 juillet 2014 relatif aux attributions du MSAS, est de contribuer au bien-être des populations en améliorant leur état de santé et en le portant à un niveau socialement productif. A cet effet, les conditions requises sont progressivement mises en place pour la traduction opérationnelle de la politique nationale de santé et d'action sociale. C'est ainsi que le MSAS veille particulièrement à la démocratisation du système de santé en garantissant notamment l'accès des groupes vulnérables à des services de qualité. L'Action sociale relevant désormais de la compétence du MSAS, vient renforcer le dispositif en place pour la matérialisation de la vision du PNDS (2009-2018). Le PNDS a permis de mettre en chantier plusieurs réformes de la fois législatives et institutionnelles touchant principalement les hôpitaux, les médicaments, les pharmacies. Il prévoit d'autres initiatives dans des domaines aussi importants que le système d'information sanitaire, le financement de la santé, la réorganisation du Ministère de la Santé, la coordination des interventions et l'intégration des activités.

Les objectifs visés sont :

- ✓ la réduction de la mortalité maternelle ;
- ✓ la réduction de la mortalité infantile et juvénile ;
- ✓ la maîtrise de la fécondité.

### **1.2.3 Partenaires techniques et financiers du MSAS**

Certains partenaires techniques et financiers du MSAS sont les suivants :

- ✓ Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;
- ✓ USAID ;
- ✓ UNICEF ;
- ✓ BILL & MELINDA GATES fondation ;
- ✓ LUX & DEV ;
- ✓ Coopération japonaise (JICA) ;
- ✓ Fond mondial ;
- ✓ AFD.
- ✓ Banque Mondiale

## **1.3 PRESENTATION DE LA DIRECTION DE LA PLANIFICATION, DE LA RECHERCHE ET STATISTIQUE (DPRS)**

### **1.3.1 Organisation de la DPRS**

La Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques se compose de la manière suivante :

- ✓ la division de la planification ;
- ✓ la division de la recherche ;
- ✓ la division du système d'information sanitaire et sociale ;
- ✓ la division du partenariat ;
- ✓ le bureau de gestion ;
- ✓ une cellule d'économie de la santé ;
- ✓ une cellule Genre.

### **1.3.2 La mission de la DPRS**

La Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques est chargée :

- ✓ de coordonner les interventions des partenaires au développement ;
- ✓ de préparer les négociations avec les bailleurs de fonds et les autres intervenants, ainsi que les réunions des commissions mixtes et toutes les autres rencontres similaires ;
- ✓ de suivre l'exécution des engagements de toutes les parties ;
- ✓ d'apporter son appui pour la préparation des programmes et budgets annuels ;
- ✓ d'assurer le suivi de l'exécution du plan national de développement sanitaire et social ;
- ✓ de promouvoir et de coordonner la recherche dans les domaines médicaux, pharmaceutiques, sanitaires et sociales ;
- ✓ d'assurer les relations avec le ministère chargé de la recherche scientifique et technique, ainsi qu'avec tous instituts ou laboratoires de recherche, universitaires et autres ;
- ✓ de réaliser des études et enquêtes statistiques, de collecter des données, d'analyser les informations sanitaires et sociales et de participer à la surveillance épidémiologique ;
- ✓ de veiller au bon fonctionnement du système d'information sanitaire et sociale à des fins de gestion ;
- ✓ d'élaborer l'annuaire des statistiques sanitaires, sociales et démographiques ;

- ✓ de collecter, centraliser et tenir à jour la documentation sur l'ensemble du système et des services sanitaires et sociaux ;
- ✓ de promouvoir le partenariat, la multisectorialité et la contractualisation des services de santé et d'action sociale ;
- ✓ d'élaborer les comptes nationaux de la Santé.

La Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques exécute ses missions à travers les différentes divisions et le bureau de gestion.

## **1.4 PRESENTATION DE LA CELLULE D'ECONOMIE DE LA SANTE**

Il est créé au sein du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, une Cellule d'Economie de la Santé, par arrêté n°11588 du 11 juillet 2017 (cf. Annexe 1), rattachée à la direction de la planification, de la Recherche et des Statistiques. La CES est dirigée par un coordonnateur nommé par arrêté du Ministre chargé de la Santé. Il est assisté par trois (3) chefs d'unité nommés par le Directeur de la DPRS sur proposition du coordonnateur.

### **1.4.1 La composition de la Cellule d'Economie de la Santé (CES).**

Cette Cellule est composée de la manière suivante :

- ✓ *Unité des comptes de la Santé*

L'unité des comptes est chargée de produire les comptes de la Santé chaque année sous la supervision de la DPRS et bâtir les arguments de plaidoyer pour mobiliser des ressources principalement à caractère domestique.

- ✓ *Unité financement*

L'unité financement est chargée des questions de dotation budgétaire de l'Etat et des PTF, évaluer l'efficacité des différents mécanismes de financement, effectuer des études sur l'accessibilité financière aux soins et coordonner la mise en œuvre de la stratégie de financement de la Santé.

- ✓ *Unité d'analyse économique*

L'unité analyse économique est chargée d'évaluer les risques et les contraintes économiques dans la mise en œuvre des interventions en santé, évaluer les politiques publiques en rapport avec la santé, assurer la coordination de toute évaluation des interventions (efficacité, efficience et impact), assurer le suivi des indicateurs d'avancée vers la couverture sanitaire universelle.

## **1.4.2 Les missions de la CES**

Elle a pour mission de coordonner toutes les activités à caractères économiques par l'utilisation des techniques économiques dans les secteurs de la Santé. Le coordonnateur est chargé notamment de coordonner l'élaboration du Plan stratégique de la Cellule, d'assurer la coordination et le suivi de la bonne exécution de la stratégie adoptée, de participer à la mobilisation des ressources, de superviser les activités de la Cellule et de planifier les missions et en assurer le suivi.

## **1.4.3 Les ressources de la CES.**

Les ressources de la CES proviennent de :

- ✓ la dotation budgétaire de l'Etat ;
- ✓ les dotations des partenaires techniques et financiers ;
- ✓ et toutes autres ressources approuvées par le Ministre de la Santé.

## **Chapitre 2 : ANALYSE THEORIQUE DE L'ETUDE**

### **2.1 PROBLEMATIQUE**

#### **2.1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE**

Dans le secteur de la santé, les soins de santé primaires constituent la base de définition de la politique de santé. Le rapprochement de l'offre à la demande reste un souci constant et justifie les efforts de couverture du pays en infrastructures, équipements sanitaires et la création de nouveaux districts sanitaires pour améliorer l'accessibilité à la base et contribuer à une meilleure satisfaction des besoins sanitaires des populations. En dépit de l'amélioration de l'accessibilité géographique, les difficultés d'accès aux soins demeurent. A cela, s'ajoute la faiblesse de la couverture maladie (moins de 20% de la population en 2013), qui dans un contexte de pauvreté conduit à des difficultés d'accès aux services de santé pour une bonne partie des sénégalais. Pour remédier à cette situation l'Etat a adopté des politiques de subvention partielle ou intégrale. S'agissant des objectifs relatifs à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, à l'amélioration de la santé maternelle et à l'éradication de certaines maladies (VIH/sida, paludisme, autres). Mais les statistiques démontrent que le taux de mortalité infanto-juvénile reste élevé sur le plan national. En effet, les résultats les plus récents montrent que sur 1 000 naissances vivantes, 47 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 72 pour 1000 naissances, soit environ un enfant sur 14 (OMS 2011). La santé maternelle s'est sensiblement améliorée, avec un taux de mortalité maternelle de 392 décès pour 100 000 naissances vivantes sur la période 2000-2011 (EDS MICS) contre 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour les périodes. En ce qui concerne les activités de prévention en 2013, Des résultats importants et significatifs ont été atteints dans la prévention. Le Sénégal avait atteint un bon taux de couverture vaccinale au BCG (77%) et à la Polio (67%). Concernant la supplémentation en vitamine A et le déparasitage, les objectifs ont été atteints pour la tranche d'âge 6 à 59 mois, la couverture (95,3%) a dépassé la cible fixée. Pour la nutrition, les résultats ont montré que 82% des enfants avaient un bon état nutritionnel contre 1% en 2011 qui présentait une malnutrition aigüe sévère. La Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) a été décentralisée jusqu'au

niveau des postes de santé. La décentralisation de la PTME au niveau des PS comprend la proposition du test, sa réalisation, la prophylaxie des mères et des enfants. Le pourcentage de personnes dépistées du VIH et ayant reçu leurs résultats était de 97,64% selon le rapport de performance 2013. Entre autres activités, celles en rapport avec la lutte contre la maladie ont enregistré des résultats importants et ont eu à mobiliser des budgets aussi importants.

L'une des plus grandes difficultés du système sanitaire au Sénégal est le manque de concertation entre les différents acteurs et la difficulté d'explicitier les activités principales auxquelles les fonds mobilisés sont consacrés, contribuent également à expliquer le manque de synergie et de performance du système de financement. L'absence de données fiables sur les flux et les résultats des interventions privent le ministère de la santé d'outils pour assumer son rôle de leadership, remplir sa mission de régulateur, et évaluer la performance globale du système de santé dans la poursuite de ses objectifs stratégiques. Ainsi, la production des comptes de la santé constitue un instrument pertinent adapté à cette fin.

Les comptes de la santé 2013 au Sénégal ont montré que les paiements directs des ménages sont essentiellement destinés à l'achat de médicaments (58,54%) et aux soins curatifs (30,85%). Le poids prépondérant des médicaments dans les paiements directs traduit le lourd fardeau que supportent les ménages pour se faire soigner.

De plus, ces mêmes comptes ont pu démontrer que l'essentiel des dépenses pour la prise en charge des maladies infectieuses et parasitaires est financée par les ménages (48,18%) suivi de l'administration publique (24,28%) et des partenaires techniques et financiers (23,42%). La plupart des dépenses des maladies non transmissibles, de celles liées à la santé de la reproduction et de celles liées aux traumatismes est financée par les ménages pour respectivement 68,94%, 62,97% et 71,09% et c'est l'administration publique qui vient en deuxième position pour ces mêmes groupes de maladies. En ce qui concerne les maladies liées aux insuffisances nutritionnelles, le financement est assuré à hauteur de 65,29% par les partenaires techniques et financiers.

En effet, les comptes nationaux de la santé ont cette qualité de dresser un tableau exhaustif des moyens mis par chaque catégorie dans les activités liées à la santé et traduisent à l'instant déterminé, la répartition du poids supporté par chacun des segments. Ils permettent

également de refléter la part réservée à chaque domaine d'intervention et fournissent un éventail de données qui expriment le degré d'efficacité et de pertinence en termes d'amortissement des capitaux investis ainsi que le caractère d'une politique de santé donnée. Par ailleurs, l'interprétation des indicateurs après l'élaboration des comptes de la santé est moins fréquente. Or il est nécessaire voire indispensable de leur donner une interprétation économique dans la mesure où les Etats membres de l'UEMOA ont retenu 13 indicateurs de base et 5 indicateurs optionnels. Les indicateurs de base permettent la comparaison des efforts faits par les Etats pour l'amélioration de l'état de santé des populations. Quant aux indicateurs optionnels, ils permettent aux pays de faire des analyses plus spécifiques du financement des systèmes de la santé.

Devant l'ampleur du problème de l'efficience allocative des dépenses des médicaments par pathologies chez les ménages et des difficultés dans l'interprétation des indicateurs sur le plan économique, il est important de se pencher sur le choix de la méthodologie retenue pour les comptes de la santé 2013 par pathologie et donner une interprétation des indicateurs de santé afin d'éclairer l'Etat dans ces choix stratégiques. Après l'élaboration des comptes de la santé 2013 au Sénégal, un rapport synthétique sur les dépenses de santé a été élaboré et nous constatons un manque d'information exhaustive sur les dépenses de santé par pathologie.

C'est ce qui justifie notre étude qui porte sur : « Apports et limites des développements récents des comptes de la santé : cas des dépenses par pathologie au Sénégal en 2013 »

### **2.1.2 QUESTION DE RECHERCHE PRINCIPALE**

Quelles sont les dépenses courantes de santé par pathologie de l'exercice des comptes de la santé 2013 ?

### **2.1.3 QUESTIONS DE RECHERCHE SPECIFIQUE**

Ces comptes permettront de répondre aux questions fondamentales suivantes :

- quelle est la méthodologie d'élaboration des comptes de la santé 2013 ?
- quelles sont les différentes sources de financement de la santé en 2013 ?
- quelles sont les dépenses courantes par pathologies ?
- quelles sont les dépenses courantes par pathologies chez les ménages ?

- quelle interprétation pouvons-nous donner aux indicateurs de santé et les déterminants des dépenses catastrophiques des ménages ?

## **2.1.4 OBJECTIFS**

### **2.1.4.1 Objectif général**

L'objectif général de notre étude consiste à analyser les dépenses courantes de santé par pathologie à partir des comptes de la Santé 2013 au Sénégal.

### **2.1.4.2 Objectifs spécifiques**

- analyser la méthodologie d'élaboration des comptes de la santé 2013 ;
- analyser les différentes sources de financement de la santé en 2013 ;
- analyser les dépenses courantes par pathologies et par sources de financement ;
- analyser les dépenses courantes par pathologies chez les ménages ;
- interpréter les indicateurs de santé et les déterminants des dépenses catastrophiques des ménages.

## **2.2 INTERET DE L'ETUDE**

### **❑ Pour le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale**

De nombreux pays dans le monde entier reforment leurs systèmes de santé en vue d'améliorer l'efficacité et la gestion des services de santé ainsi que la distribution de ces services, en particulier pour les pauvres. Comme les systèmes de santé deviennent de plus en plus variés et complexes, les décideurs ont besoin d'outils pour mieux gérer leurs ressources de santé par maladie et au niveau des hôpitaux. Cette étude s'inscrit dans ce cadre dans la mesure où elle porte sur l'analyse des dépenses de santé par pathologie. Elle permettra au Ministère d'avoir une bonne visibilité des dépenses de santé et prioriser des choix au niveau des pathologies.

### **❑ Pour la DPRS**

À l'aide de notre étude, la DPRS pourra faire des recommandations sur les choix stratégiques et orienter le Ministère dans sa politique et ses objectifs

❑ *Pour le CESAG*

Cette étude permettra au CESAG de renforcer sa base de données.

❑ *Pour le stagiaire*

Elle permet de répondre aux exigences du Centre d'étude supérieure africain en gestion (CESAG) qui est de rédiger un mémoire de résolution de problème à la fin de la formation.

De plus ce mémoire permet de confronter la théorie à la pratique.

## 2.3 PROCESSUS D'ELABORATION

Le processus d'élaboration se reposera sur les étapes suivantes :

- ✓ une revue de la littérature pour mieux cerner le sujet en matière d'élaboration des CS par pathologie ;
- ✓ identification des données à collecter, leurs sources, la conception des outils de collecte (questionnaire) et leurs administrations ;
- ✓ une analyse et un traitement des données dans le logiciel Excel ;
- ✓ une élaboration des comptes de la santé par pathologie suivie de la présentation et les interprétations des résultats ;
- ✓ les recommandations ;
- ✓ une conclusion ;

## 2.4 LIMITES DE L'ETUDE

La répartition de certaines dépenses de santé suivant la nouvelle nomenclature des comptes de la santé a été difficile par manque d'information détaillée et précise. L'absence de tableau de croisement entre les médicaments et les maladies spécifiques a rendu difficile l'étude sur les dépenses de santé en médicament par pathologie. Aussi, compte tenu du temps de travail, certains déterminants des dépenses catastrophiques des ménages n'ont pas été développés.

## CHAPITRE 3 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

### 3.1 DEFINITION DES CONCEPTS

**Agent de financement** : entité collectant et allouant les ressources destinées aux prestataires.

**Comptes de la Santé** : donnent des informations exhaustives sur les flux de financement des systèmes de santé d'un pays (Guide d'élaboration des comptes de la santé OMS 2003).

**Consommateur de soins** : est une personne qui réalise un ensemble d'actes à propos d'un service ou d'un produit médical depuis son achat jusqu'à son utilisation ultime et ceci en vue de satisfaire au mieux ses attentes tout au long de la durée normale prévue d'utilisation.

**Consommation** : peut être définie comme usure ou destruction de biens et de services en vue de la satisfaction de besoins.

**Dépenses de santé** : Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de promouvoir la santé, prévenir les maladies, guérir les maladies, soigner les états de santé chroniques ou des personnes handicapées, gérer des programmes de santé publique et l'assurance maladie, offrir les soins palliatifs.

**Dispositif de financement de la santé** : est l'ensemble des agents et opérations de financement dont la finalité est d'apporter des ressources aux prestataires de service de santé.

**Economie de la santé** : est la branche de l'économie qui traite de la production de biens et services médicaux, de leur répartition, c'est-à-dire de l'accès aux soins et de la formation des prix.

**Efficience allocative** : est l'allocation des ressources aux produits/services les plus utiles.

**Efficience** : se définit comme les résultats obtenus au moindre coût.

**Egalité :** L'égalité est l'état, la qualité de deux choses égales ou ayant une caractéristique identique

**Financement de la santé :** apport d'argent destiné à financer les activités du secteur sanitaire, allocation de ressources financières ou réelles, à un agent, pour financer les activités des prestataires du secteur sanitaire.

**Indicateur :** est un outil d'évaluation et d'aide à la décision.

**Ménages :** l'ensemble des occupants d'un même logement. Il peut donc être composé d'une personne seule. Un ménage définit une unité de consommation et il doit donc disposer d'une ressource, c'est-à-dire un revenu.

**Pathologie :** Ensemble des manifestations d'une maladie et des effets morbides qu'elle entraîne.

**Prestataire de soins :** Ensemble des organisations et acteurs qui fournissent des biens et services médicaux.

**Reste du Monde :** désigne tous les partenaires techniques et financiers qui engagent des dépenses de santé dans un pays.

**Santé :** un état de complet bien-être physique mental et social, n'est pas un bien mental ou un produit marchand (OMS).

**Source de financement :** se définit comme l'origine des fonds collectés destinés à financer des activités.

**Système de santé :** comprend toutes les activités dont la finalité essentielle est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé (rapport OMS 2000).

## 3.2 Le champ de la recherche

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, les pays développés ont profondément amélioré leur système comptable sous l'influence de la théorie keynésienne pour mieux décrire et suivre l'évolution de leurs activités économiques.

À partir des années 1960, les systèmes de comptabilité nationale ont été perfectionnés par la construction des comptes satellites pour chacun des principaux domaines d'action de l'Etat. C'est ainsi qu'on trouve en France des comptes satellites de la santé, de l'éducation, du logement, de la recherche et de la protection sociale. Ces différents comptes sont connectés entre eux et construits par les ministères de tutelle respectifs (*Fardeau, 1990*).

Le compte de la santé a pour objet d'analyser l'ensemble des biens et services produits et consommés pendant une année quelle que soit la source de financement. Il permet de déterminer non seulement la consommation médicale totale, mais également d'identifier ses différentes composantes. Une telle évolution n'a pas été perçue dans les pays en voie de développement où l'état de délabrement des systèmes de soins et de caractère rudimentaire et peu fiable des systèmes comptables et financiers sont reconnus de tous mais ce système s'est amélioré considérablement de nos jours, les comptes nationaux du Mali (*voir Brunet-Jaillet et alii, 1989*).

Les comptes nationaux de la santé représentent un outil qui permet de retracer les flux financiers qui traversent le système de santé. Ils servent à dégager des agrégats macro-économiques des dépenses de santé sous forme d'indicateur. Cette recherche porte sur les comptes de la santé par pathologie au Sénégal. La revue de la littérature est une source d'inspiration qui permet d'appréhender les concepts définis ci-dessus, les méthodes, de circonscrire le champ des investigations et d'orienter les recherches à mener.

### **3.3 Les comptes de la santé par pathologie**

Réalisées dans différents pays à partir des comptes nationaux de la santé, les études de coûts par pathologie permettent d'estimer la répartition des dépenses de soins par grand groupe de pathologies. Dans les cinq pays retenus (Allemagne, Australie, Canada, France, Pays-Bas), les études de coûts s'appuient sur une méthodologie analogue, ce qui autorise le travail de comparaison. Cependant, les différences de structure des systèmes de soins et de règles de comptabilité nationale représentent un obstacle majeur pour la fiabilité de la comparaison. Trois grands groupes de pathologies prédominent dans les dépenses de soins (hospitaliers, médecins libéraux et médicaments) dans les cinq pays : les maladies cardiovasculaires, les maladies digestives et les troubles mentaux. Pour que ces travaux deviennent, dans le futur, de véritables outils de pilotage et permettent une lecture

comparative de la performance des systèmes de santé, il conviendrait de se doter d'une nomenclature comptable commune pour les Comptes de la santé et d'élaborer des règles méthodologiques identiques et pérennes dans les études nationales de coûts par pathologie (*Questions d'économie de la santé n° 143 - Juin 2009*).

Dans les cinq pays considérés, les études de coûts par pathologie présentent un certain nombre d'options méthodologiques communes qui autorisent le travail de comparaison.

D'une part, dans tous les cas, la répartition par pathologie porte exclusivement sur la dépense en soins et en biens médicaux (qui représente entre 89 % et 95 % de la dépense courante de santé selon les pays, (*cf. encadrer Méthode p. 3*).

D'autre part, ces cinq études se fondent sur une méthode commune de calcul, dite méthode top down (ou approche descendante). Celle-ci consiste à décomposer progressivement l'ensemble des dépenses de soins et de biens médicaux en parts attribuables à chaque maladie. Partant des dépenses connues dans les Comptes nationaux de la santé, cette méthode applique des clefs de répartition pour ventiler les grands agrégats de dépenses par catégorie diagnostique. Une approche inverse, ascendante, qui aurait consisté à reconstituer les coûts pour chaque pathologie puis à les sommer, n'aurait présenté aucune garantie d'exhaustivité ni de cohérence avec les dépenses issues des comptes nationaux.

Cette étude a pu mettre en évidence un certain nombre de résultats observés dans les cinq pays avec de fortes tendances communes. Dans tous ces pays, trois grands groupes de pathologies occasionnent les coûts les plus importants : les maladies cardiovasculaires, les troubles mentaux et du comportement, ainsi que les maladies de l'appareil digestif. Ils sont suivis par les maladies du système ostéoarticulaire et des muscles, et par les tumeurs. Autre point commun, les coûts peu élevés associés à deux autres catégories de pathologies : les complications de la grossesse et de l'accouchement, et les maladies du sang. Cependant cette méthodologie présente des limites dans sa mise en œuvre. Les écarts dans les résultats de ces cinq études de coût par pathologie ont pu être observés par les différences d'organisation et de performance des systèmes de santé ou par le profil épidémiologique et démographique respectif de chaque pays. De plus cette approche ne nous a pas permis de tirer des enseignements satisfaisants. En effet, les disparités méthodologiques d'une étude à l'autre nous empêchent d'interpréter les différences de

résultats de manière fiable ou de les imputer avec certitude à des causes épidémiologiques ou démographiques précises. Par exemple, la répartition des dépenses par pathologie est déclinée par âge et sexe de manière très précise aux Pays-Bas ou en Australie, mais aucun détail de ce genre n'est disponible dans les Comptes par pathologie français.

Les comptes nationaux de la santé permettent chaque année d'évaluer la dépense nationale totale engagée au titre de la santé et d'en analyser les sources de financement et la répartition par catégorie de soins. Jusqu'ici, ils ne permettaient pas d'interpréter cette allocation d'un point de vue médical. Dans cet objectif, deux études méthodologiques ont été réalisées par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) à la demande de la DREES. La première, visant à vérifier la faisabilité en France de comptes de la santé par pathologie, a permis par la réalisation d'un prototype pour l'année 1998, de mettre en place une méthodologie générale et de définir les sources à utiliser (*Paris et al., 2002*). La deuxième, centrée sur les dépenses de prévention, a exploré les possibilités de différenciation de l'activité curative et préventive et a évalué son importance en termes de dépenses (*Le Fur et al., 2003*).

En 2002, la France a consacré 10,5 milliards d'euros à la prévention, soit 6,4 % de la dépense courante de santé, la moitié étant destinée à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable, le quart au dépistage des maladies et un autre quart à la prise en charge des facteurs de risque ou des formes précoces des maladies. Les dépenses de prévention issues de la consommation de soins et de biens médicaux s'élèvent à 5,7 milliards d'euros. La consommation de soins et de biens médicaux qui ne ressort pas de la prévention a pu être répartie par pathologie. Ainsi, les maladies cardiovasculaires représentent le poste le plus important (12,6 %), devant les troubles mentaux et les maladies ostéoarticulaires (respectivement 10,6 % et 9 %). Les affections de la bouche et des dents prédominent dans les dépenses de soins ambulatoires (28,3 %) et les maladies circulatoires et les troubles mentaux concentrent à eux deux plus du quart des dépenses hospitalières.

La méthodologie appliquée à l'estimation des dépenses de prévention puis à la ventilation des dépenses curatives par pathologie est identique dans ses grandes lignes. Le principe général est celui d'une estimation descendante basée sur les postes de soins de la CSBM, auxquels sont appliquées des clés de répartition calculées à partir de sources de données médico-économiques.

Malgré l'intérêt et les informations qu'apporte cette analyse des dépenses de santé, un certain nombre de limites ont pu être constatées dans cette nouvelle version des comptes de la santé par pathologie en France. Elles tiennent tout d'abord aux carences des sources de données et aux problèmes de ventilation qui en découlent. Le deuxième type de limite tient à la nécessité d'inférer une pathologie pour certaines consommations de soins qui sont initialement dépourvues de diagnostic ou de motif associé (médicaments, analyses biologiques, actes techniques). Enfin, l'utilisation du seul diagnostic principal pour définir les clefs de répartition en matière de soins hospitaliers peut induire une sous-estimation du poids de certaines pathologies, en particulier chez les personnes âgées ou en soins de suite et de réadaptation (*Annie Fémina, Yves Geffroy n° 111 -Juillet 2006*).

Trois évaluations de la répartition des dépenses de santé par grandes catégories diagnostiques ont été réalisées en 1987, 1993 et 1998 par Santé Canada (*Santé Canada, 2002*). Elles ont pour objectif de fournir des estimations globales du coût de la maladie et d'aider les décideurs à fixer les priorités en fonction desquelles des ressources financières limitées seront attribuées. Ces études évaluent le coût de la maladie pour la société. Les auteurs calculent donc les coûts directs et les coûts indirects de la maladie. Les estimations sont réalisées séparément puis sommées pour présenter des tableaux synthétiques. Ce qui nous rapproche de la réalité des coûts supportés par la société.

Dans leur exercice, le Canada cherchait à répartir l'ensemble de la dépense de santé, y compris la recherche, la gestion du système de santé, la prévention collective et les immobilisations. Cette option aboutit à afficher 45 % de dépenses non attribuables. En effet, la majorité des coûts directs des médicaments, des soins médicaux, des soins hospitaliers et des autres établissements, de même que certains des coûts relatifs à la recherche ont pu être classés par catégorie diagnostique. En revanche, les services des autres professionnels de santé, y compris les dentistes, les transports et les soins à domicile n'ont pas été répartis.

Par ailleurs, lorsque certaines des sources utilisées pour la répartition ne couvraient pas l'ensemble du champ (par exemple, certaines provinces canadiennes ou certains hôpitaux d'un type donné), la répartition observée a été extrapolée à l'ensemble du champ.

Pour l'année 1998, les coûts directs liés à la maladie s'élèvent à 83,9 milliards de dollars canadiens. Ces coûts représentent la totalité de la dépense nationale de santé et 45 % n'ont pas pu être affectés à une catégorie diagnostique.

Les six catégories de diagnostic ayant le coût le plus élevé sont successivement les maladies cardiovasculaires, les troubles mentaux, les maladies de l'appareil digestif, les maladies respiratoires, les traumatismes et les maladies du système nerveux et des organes des sens.

Les premières évaluations des dépenses par pathologie ont été effectuées aux Etats-Unis dans les années soixante par Dorothy Rice (*Rice, 1966*), puis mises à jour en 1972 (*Cooper et al., 1976*) et 1980 (*Rice et al., 1985*). Les estimations les plus récentes concernent l'année 1995 et sont présentées dans trois publications : un article sur le coût des grands groupes de maladies, un deuxième sur le coût des maladies cardiovasculaires et enfin un article sur le coût du diabète. Nos analyses ont essentiellement porté sur ces trois dernières études. Dès les années soixante et les textes fondateurs, les études sur le coût de la maladie affichent comme objectifs de repérer les coûts relatifs à certaines maladies spécifiques, pesant lourdement sur les dépenses de santé, et de mesurer le potentiel d'économies réalisables par des interventions ciblées. Le rôle important des études de coût dans la prise de décisions concernant l'allocation des ressources dans le secteur de la santé est également souligné.

Dans cette étude qui répartit les dépenses médicales par grands groupes de maladies, la méthode employée consiste à désagréger les dépenses de soins individualisables pour la répartir entre différents grands domaines pathologiques. Il s'agit donc de coûts directs, relatifs aux consommations de soins et biens médicaux. Les dépenses par diagnostic sont présentées selon les grandes catégories de soins, suivant la convention de publication des dépenses nationales de santé : soins hospitaliers, soins de médecins et autres professionnels, soins à domicile, médicaments prescrits, biens médicaux. Cette méthodologie présente une certaine limite car elle ne prend en compte que les coûts directs relatifs aux consommations de soins.

En 1995, les dépenses ayant pu être réparties s'élèvent à 754 milliards de dollars, soit 2 884 dollars par personne. Cette dépense en santé par personne s'avère catastrophique. Elle s'explique par le manque d'une politique d'assurance maladie aux Etats-Unis. Les

moins de 65 ans ont consommé 59 % des ressources et les 65 ans et plus 41 %. Les maladies de l'appareil circulatoire occasionnent la plus grande partie des coûts et représentent 17 % des dépenses. En seconde position, on trouve les maladies de l'appareil digestif (incluant les maladies des dents), 11 % des dépenses. Elles sont suivies par les troubles mentaux et les traumatismes et empoisonnements (9 %), les maladies du système nerveux et des organes des sens (8 %) et de l'appareil respiratoire (8 %). L'analyse par âge, sexe et diagnostic apporte des informations supplémentaires. Ainsi, par exemple, 70 % des dépenses pour maladies infectieuses et parasitaires, maladies de l'appareil digestif, traumatismes et empoisonnements concernent les moins de 65 ans. À l'inverse, les personnes âgées occasionnent 71 % des dépenses pour maladies de l'appareil circulatoire. Pour chaque classe d'âge, la répartition entre les types de soins varie. Chez les moins de 65 ans, 58 % des dépenses pour maladies circulatoires sont relatives à l'hôpital, 23 % aux soins de médecins et autres professionnels et 14 % aux médicaments et biens médicaux. Au-dessus de 85 ans, seulement 29 % des dépenses concernent l'hôpital, 6 % les professionnels de santé ; 54 % des dépenses sont réalisées dans les maisons de retraite.

Les premières publications sur l'impact économique des maladies ont été réalisées en Suède pour les années 1964 à 1975 (*Lindgren, 1981*). Comme dans beaucoup de pays, les travaux réalisés pour la Suède (*Lindgren, 1990*) portent sur les coûts directs et les coûts indirects. Mais seuls les coûts directs ont été analysés dans cette étude. Les coûts ont été calculés en utilisant des statistiques d'admissions hospitalières et de journées d'hospitalisation par maladie établies par la Direction nationale de la santé et des affaires sociales, et les prix de journée ont été obtenus auprès d'un échantillon d'hôpitaux suédois. Les coûts des soins ambulatoires et des prescriptions pharmaceutiques ont été obtenus par une enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes et spécialistes suédois.

Dans l'étude menée par Lindgren sur les dépenses de 1983, un peu plus de 80 % des coûts directs ont pu être répartis entre les 17 grandes catégories de maladies. Les 20 % restants sont principalement des soins dentaires et des soins aux handicapés mentaux.

Les cinq catégories dominantes sont les maladies mentales 21 %, les maladies de l'appareil circulatoire 12 %, les tumeurs 5 %, les maladies de l'appareil respiratoire 5 %, les accidents, empoisonnements et traumatismes, 5 %. Ces 5 groupes rassemblent 50 % des coûts. Les coûts hospitaliers représentent plus de 50 % des coûts pour pratiquement toutes les catégories diagnostiques à l'exception des maladies de la peau et des

symptômes. Les coûts sont à plus de 90 % hospitaliers pour les cancers et les maladies mentales.

### **3.4 Le processus d'élaboration des comptes de la santé**

#### **3.4.1 Les différentes phases d'élaboration des comptes de la santé**

Le Guide d'élaboration des Comptes Nationaux avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus (*OMS, 2003*) décrit le processus d'élaboration des comptes en trois phases.

**La première phase** est l'étape de planification. Elle vise à définir les grandes lignes du projet, à recruter le personnel, à réunir les fonds, à réaliser une étude préliminaire du système de financement de la santé et à dresser la structure des comptes de la santé.

**La seconde phase** consiste à identifier, classer et évaluer les sources des données, leur pertinence et exactitude pour les comptes de la santé, et d'identifier les informations manquantes.

**La troisième phase**, les comptes sont remplis avec les estimations de dépenses en santé, l'évaluation des lacunes d'information est affinée, et le travail préparatoire permettant l'estimation récurrente des dépenses nationales de santé est terminé.

#### **3.4.2 Le coût des comptes de la santé**

Le coût de la mise en place et du maintien des comptes nationaux de la santé (CNS) diffère selon les pays. Les ressources requises dépendent de l'état existant du système d'informations sanitaires et financières d'une nation. Si les sources de données disponibles fournissent suffisamment d'information pour estimer les CNS, alors les coûts seront moindres. S'il est nécessaire d'avoir recours aux compétences et aux conseils d'experts étrangers, les coûts seront sans doute plus élevés mais des fonds externes peuvent financer ces coûts dans un premier temps. Si les institutions collaborant sur les CNS fournissent des ressources en nature telles que leur personnel, ordinateurs et locaux, les coûts budgétaires supplémentaires peuvent être très modestes. Plus particulièrement si un pays s'engage à produire les comptes régulièrement, le coût du maintien des CNS au sein de l'administration publique sera faible au fur et à mesure qu'ils deviennent une institutionnalisation. Les pays disposant d'informations sur leur coût de développement

des comptes de la santé estiment les frais de la première année entre US\$ 50 000 et US\$ 75 000 (en excluant le coût de nouvelles enquêtes) ; le coût des années suivantes est en grande partie absorbé dans le coût de production de statistiques courantes. Un certain nombre de pays ont obtenu des financements externes pour la construction des premiers cycles de leurs comptes de la santé.

Au Sénégal les comptes de la santé 2013 ont été financés en majeure partie par les partenaires techniques et financiers (PTF). La part du MSAS était pour la dotation en carburant du responsable des comptes et le financement de certaines activités à travers des ateliers.

### **3.4.3 Durée de construction des comptes de la santé**

L'expérience montre que dans la plupart des pays, la construction de CNS utiles nécessite entre 12 et 18 mois de travail, avec une équipe de 3 à 6 analystes travaillant à temps partiel. Des chiffres provisoires peuvent toutefois être produits dans des délais plus courts, mais une analyse plus complète, détaillée et spécifique requerra sans doute plus de temps, surtout si une enquête des ménages ou des prestataires doit être entreprise pour cette fin ou si la Classification internationale pour les comptes de la santé (ICHA) est utilisée pour la première fois. De même, il sera aussi plus long et plus coûteux s'il est nécessaire de réviser la codification des rubriques utilisées dans l'ensemble des systèmes d'enregistrement administratifs et budgétaire. Pour ce qui concerne les comptes de 2013 au Sénégal, le processus a été déclenché en 2014 et s'est achevé en 2017 soit 3 ans pour l'élaboration de ces comptes. Le problème majeur rencontré lors du processus était la collecte des données notamment au niveau des structures privées et des PTF.

**DEUXIEME PARTIE : CADRE TRATIQUE  
DE L'ETUDE**

## **CHAPITRE 4 : LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE DES CS AU SENEGAL**

### **4.1 Cadre institutionnel**

Les Comptes de la santé 2013 étaient domiciliés à la Division chargée du Système d'Information Sanitaire et Sociale de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques du ministère en charge de la Santé, ce qui constituait un atout important dans l'optique de l'institutionnalisation de cet outil.

L'élaboration des Comptes de la Santé nécessite un engagement des acteurs concernés, une disponibilité et une bonne organisation des ressources humaines. C'est dans cette optique que deux comités ont été mis en place : le comité de pilotage et le comité technique.

### **4.2 Comité de pilotage**

Créé par arrêté ministériel et présidé par le Secrétaire général du ministère en charge de la santé ou son représentant, le comité de pilotage est l'instance qui coordonne le comité technique. Ce comité guide et accompagne le travail du comité technique afin de s'assurer que les informations produites répondront aux attentes des décideurs. Il permet de garantir la crédibilité de l'exercice et de faciliter l'accès aux données.

### **4.3 Comité technique**

Le comité technique est composé d'une équipe pluridisciplinaire. Le Directeur de la Planification, de la Recherche et des Statistiques assure la présidence. Le président du comité technique est assisté par le point focal des Comptes de la Santé qui prépare l'ensemble des activités du comité technique.

La mise en œuvre du processus d'élaboration des CS est placée sous la responsabilité du Comité technique et sous la supervision du Comité de pilotage.

## **4.4 Choix méthodologiques**

### **4.4.1 Collecte des données**

Deux grandes catégories de sources de données ont été identifiées : les données primaires et les données secondaires.

#### **4.4.1.1 Données secondaires**

Les données secondaires ont été privilégiées. Cependant les dépenses de certains acteurs peu ou mal connues ont fait l'objet d'enquêtes exhaustives. Les données secondaires ont été collectées à partir de l'exploitation de documents produits par le système d'information national : situation de l'exécution du budget (SIGFIP), rapports financiers des établissements de santé, rapports annuels de suivi des activités des différents services centraux, rapports financiers de la DAGE du Ministère de la Santé, rapports d'études relatives au financement de la santé, rapports de comptabilité nationale, Enquêtes ménages réalisées par l'ANSD.

#### **4.4.1.2 Données primaires**

Les données primaires sont des données obtenues par enquête soit à travers un recensement soit par échantillonnage. Parmi les données qui ont fait l'objet d'un échantillonnage, nous pouvons citer les collectivités locales (régions et communes), les prestataires privés (hôpitaux privés, les cliniques privées et les données recensées nous avons les assurances sociales privées (Mutuelles, IPM), des ONG, des hôpitaux publics et privés, ect.

Ces données primaires ont pu être collectées à travers une série de questionnaires bien élaborés selon les tableaux des CS.

### **4.4.2 Elaboration des questionnaires**

Les questionnaires utilisés dans le cadre des enquêtes ont été extrait de l'outil HAPT puis adaptés au contexte sénégalais par le comité technique chargé d'élaboration des CS. A cet effet, un certain nombre de questionnaires a été élaboré :

1. Questionnaire Ministères (Administration publique centrale)
2. Questionnaire Collectivités locales
3. Questionnaire Assurances Commerciales

4. Questionnaire IPM
5. Questionnaire Caisse de Sécurité Sociale, IPRES
6. Questionnaire Entreprises
7. Questionnaire Bailleurs de fonds
8. Questionnaire ONG et Agences d'exécution
9. Questionnaire Cliniques privées
10. Questionnaire Hôpitaux publics
11. Questionnaire Prestataires privés (cabinets privés)
12. Questionnaire Tradipraticiens
13. Questionnaire Instituts de formation et de recherche
14. Questionnaire Mutuelles de santé
15. Questionnaire Centres de santé
16. Questionnaire Postes de santé

#### **4.4.3 Réalisation des enquêtes**

Selon la nature de la cible, les enquêtes ont été réalisées soit par le comité technique des CS, soit par une équipe externe d'enquêteurs recrutés en collaboration avec l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie ou déléguées à des organisations évoluant dans le secteur concerné.

##### **4.4.3.1 Enquêtes réalisées par le comité technique**

Les enquêtes réalisées auprès des directions, services, cellules et programmes du Ministère de la santé et de l'action sociale, autres ministères tels que les Finances (SIGFIP, imputations budgétaire), les EPS, les PS et les centres de santé, IPRES, les PTF etc. ont été réalisées par le comité technique. La collecte auprès de EPS a été facilitée par leurs personnels de gestion qui avaient un accès facile aux informations précises.

##### **4.4.3.2 Enquêtes déléguées aux unités statistiques**

Certaines enquêtes exhaustives ou qui nécessitaient une connaissance approfondie du fonctionnement des structures enquêtées ont été déléguées. Il s'agit des mutuelles de santé, des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) :

- ✓ les mutuelles de santé ont toutes été enquêtées par le groupe de recherche et d'appui aux institutions mutualistes (GRAIM) avec l'appui du comité technique.

- ✓ les institutions de prévoyance maladie (IPM) ont été enquêtées de façon approfondie par l'association des gérants d'IPM afin de préciser l'utilisation de leurs dépenses de santé et notamment de distinguer les dépenses hospitalières des dépenses de soins ambulatoires en collaboration avec le comité technique.

#### **4.4.3.3 Enquêtes réalisées par l'équipe d'enquêteurs de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)**

Toutes les autres unités statistiques : collectivités locales, ONG, instituts de recherche, prestataires ambulatoires privés, tradipraticiens, entreprises privées et les autres IPM qui n'ont pas fait l'objet d'une enquête approfondie, ont été enquêtées par des enquêteurs recrutés par l'ANSD.

Le recrutement des enquêteurs est fondé sur deux critères fondamentaux à savoir l'expérience en collecte de données sur les CS et le niveau d'étude.

Les enquêteurs recrutés ont été formés à cet effet et à l'issue de cette formation, le questionnaire a été testé sur le terrain afin d'apporter les corrections nécessaires. Les enquêteurs sont ensuite déployés sur l'étendue du territoire national avec des superviseurs et des chefs d'équipes expérimentés tous sous la supervision de l'ANSD et le comité technique.

#### **4.4.3.4 Difficultés rencontrées lors de l'enquête**

Certaines unités statistiques ont été difficiles à enquêter. Il s'agit notamment du secteur privé (cliniques privées, les officines) dont certaines ont fait de la rétention de l'information ou refusé de répondre. Certains ONG ont été difficilement localisables du fait qu'elles changent souvent d'adresse sans informer le RESSIP CONGAD qui constitue une base de toutes les ONG au Sénégal. De même, c'était difficile de localiser et dénombrer les IPM actives en 2013.

En ce qui concerne les hôpitaux publics, Centres de Santé et les PS, le système d'information existant, n'a pas facilité l'obtention de toutes les informations relatives aux dépenses de santé.

Des difficultés ont été également rencontrées avec les ministères dont le suivi des procédures administratives a retardé la collecte.

Tableau 1: structure des collectes de données

SOURCES	Type de collecte	Méthode de collecte	Description des données	Responsable de collecte
MSAS	Secondaire	Collecte exhaustive	Dépenses des directions dont les programmes, services et cellules rattachés au MSAS	le comité technique
Autres Ministères, PRN, CNLS,	Secondaire	Collecte exhaustive	les dépenses des ministères autres que le MSAS	le comité technique
CL	Primaire	Echantillonnage	les dépenses collectées auprès des Collectivités locales	ANSD
SIGFIP	Secondaire	Collecte exhaustive	les dépenses de santé exécutées sur le budget de l'Etat	Comité technique
EPS	Secondaire et primaire	Collecte exhaustive	les données sur les ressources, dépenses et activités des EPS	Comité technique
PS, Centres de santé	Secondaire et primaire	Echantillonnage	les données fournies par enquête (Dakar) et celles extraites de la plateforme DHIS2 (autres régions) relatives aux recettes, dépenses des comités de santé et activités	Comité technique
IPRES, CSS & FGA	Primaire	Collecte exhaustive	les dépenses en santé pour IPRES, CSS & FGA	le comité technique
Mutuelles de santé	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses en santé des Mutuelles	GRAIM + comité technique
IPM	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses en santé des IPM	IPM + comité technique
SAP	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses en santé des SAP	ANSD + comité technique
PTF	Primaire et Secondaire	Collecte exhaustive	Les dépenses en santé des PTF	comité technique
ONG	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses en santé des ONG	RESSIP CONGAD + ANSD + comité technique
Prestataires privés	Primaire et Secondaire	Echantillonnage	Les dépenses en santé des cabinets, labo et imageries, officines, hôpitaux privés,...	ANSD

Source : rapport comptes de la santé (2013).

#### 4.4.4 Traitement des données

Une fois l'étape des collectes de données terminée, le traitement s'avère indispensable avant toute utilisation de ces données. Elles sont d'abord saisies sur Excel et ensuite contrôlées à travers la triangulation des différentes sources de données afin de vérifier la cohérence.

Cependant, certaines ont fait l'objet d'un traitement spécifique tel que : la ventilation des données, l'extrapolation, les clés de répartitions etc.

#### **4.4.4.1 La ventilation des données**

La ventilation est une méthode qui consiste à répartir certaines données dont l'information n'est pas précise entre différentes catégories de prestataires. Par exemple, les dépenses de fonctionnement des districts sanitaires sont destinées en partie aux postes et centres de santé. La source de données qui présente ces informations ne précise pas les montants utilisés par chacun de ces prestataires. Sur la base d'une investigation effectuée auprès des responsables des districts, on retient un certain pourcentage des dépenses entre les différentes catégories de prestataires pour effectuer la ventilation. En revanche, les enquêtes effectuées auprès des prestataires publics et privés ont permis de répartir les dépenses non ventilées auprès de ces structures par fonction. Cette méthode paraît souvent imprécise dans l'optique d'avoir l'information juste car elle peut être aléatoire sur la base de ces investigations.

#### **4.4.4.2 L'extrapolation des données**

La méthode d'extrapolation des dépenses concerne les données qui ont fait l'objet d'un échantillonnage (collectivités locales, postes et centres de santé, les cabinets dentaires, prestataires privés etc.) et elle varie selon le type de cible.

#### **4.4.4.3 Les clés de répartition des données**

On appelle clé de répartition, un procédé pour déterminer le partage d'une dépense entre plusieurs sous nomenclatures. Une clé peut être exprimée sous forme de pourcentage. Dans le cadre de la production des CS, il y a également des situations qui demandent l'utilisation des clés de répartition, car la dépense collectée concerne plusieurs postes.

La détermination de ces clés obéit à une méthodologie telle que :

- ✓ exploitation des données de sources administratives (annuaires statistiques, plans d'action, rapports financiers des projets et programmes, etc.) ;
- ✓ exploitation des résultats d'études existante (ANSD, enquête condition de vie des ménages, etc.) ;
- ✓ réalisation d'une enquête spécifique

Tableau 2: exemple de clé de répartition pour les maladies

<b>Clés de répartition pour les maladies</b>					
Causes	Nombre de consultants	Nbre de visites	Total visites	Clé de répartition (%)	Montant
PALUDISME	673 745	2	1 347 490	53	10 941 928
PLAIES-TRAUMATISMES	143 403	3	430 209	17	3 493 396
INFECTIONS AIGUES VOIES RESPIRATOIRES.	130 256	3	390 768	15	3 173 126
PARASITOSEs INTESTINALES	81 499	1	81 499	3	661 791
GASTRO-ENTERITE	32 871	3	98 613	4	800 760
DERMATOSES	30 572	1	30 572	1	248 252
ANEMIE	30 171	2	60 342	2	489 991
HYPERTENSIONS ARTERIELLE	25 573	2	51 146	2	415 317
DOULEURS ABDOMINALES	22 014	1	22 014	1	178 759
MALADIES DIARRHEIQUES	21 153	1	21 384	1	206 121
<b>TOTAL DES DIX IÈRES CAUSES</b>	<b>1 191 257</b>		<b>2 538 037</b>	<b>100</b>	<b>20 609 439</b>

Source : production Health accounts SHA 2011

Cependant cette méthode présente des limites, car elle ne donne pas une information précise sur les dépenses réelles par fonction de prestataire et cela peut nous éloigner de l'information juste. Pour une meilleure élaboration des CS avec des données précises et fiables, il faudra beaucoup éviter l'utilisation des clés de répartition à travers un système d'information bien performant, rigoureux, organisé dans la collecte et traitement de données.

#### 4.4.5 Estimation des dépenses des ménages

Les dépenses des ménages ont été obtenues par solde en défalquant les dépenses des autres agents de financement et des régimes de financement.

Les chiffres d'affaires de tous les prestataires de soins, ont été estimés à partir :

- ✓ des états financiers disponibles au niveau de l'ANSD, (cas des hôpitaux, cliniques, cabinets, officines privées, etc.).
- ✓ des enquêtes menées auprès des certains prestataires pour lesquels les états financiers ne sont pas disponibles au niveau de l'ANSD (cas des postes de santé privés catholiques, etc.)

- ✓ d'une estimation sur la base d'une évolution des indicateurs des comptes de la santé pour le reste des prestataires en particulier les tradipraticiens, les centres de planning

Pour les paiements directs, le montant a été trouvé par solde en défalquant les autres modes de paiement tels que : les IPM, les IB et autres assurances privées.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## CHAPITRE 5 : ANALYSES ET INTERPRETATIONS DES RESULTATS

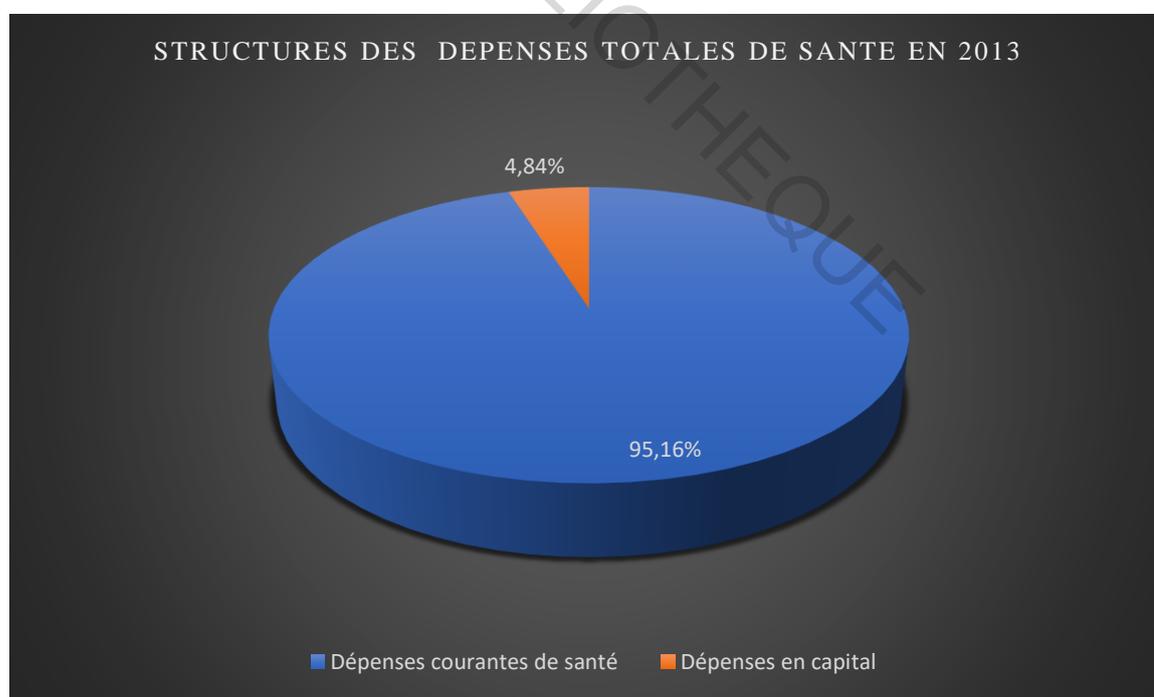
Dans ce chapitre, il sera question de présenter les résultats CS, de les analyser et les interpréter de manière objective.

### 5.1 Le financement de la santé au Sénégal

Les différents acteurs des secteurs publics et privés et des Partenaires Techniques et Financiers assurent le financement du système de santé au Sénégal. Ce financement se distingue en deux grandes catégories de dépenses : les dépenses courantes de santé (DCS) et les dépenses en capital de santé (HK). La somme des deux constitue la dépense totale de santé (DTS) qui est en réalité le montant total dépensé dans le secteur de la santé.

Les comptes de 2013 ont pu montrer que le montant total dépensé dans le secteur s'élevait à 430.7 milliards de F CFA soit 6% du Produit Intérieur Brut (PIB) et 31 881 FCFA par habitant.

Figure 4: dépenses totales de santé en 2013.



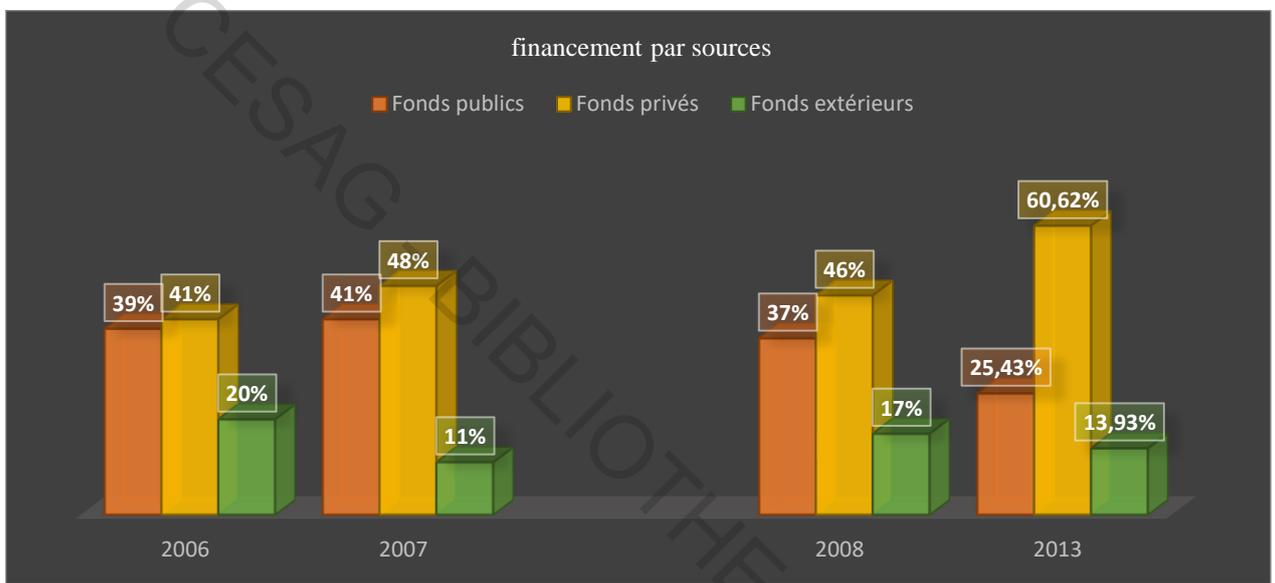
Source : l'auteur

Les dépenses totales en santé sont en grande partie les dépenses courantes en santé pour un montant de 409.8 milliards soit 95.16%. La prise en charge des soins de santé représente 88% de ces dépenses et 12% pour le fonctionnement des administrations.

Les dépenses en capital représentent 4.84% soit un montant de 20.8 milliards et sont principalement des dépenses des administrations publiques, toutes consacrées aux infrastructures, équipements, formations et recherches.

### 5.1.1 Structures des dépenses totales par sources de financement

Figure 5: dépenses totales par sources de financement de 2006 à 2013



Source : l'auteur

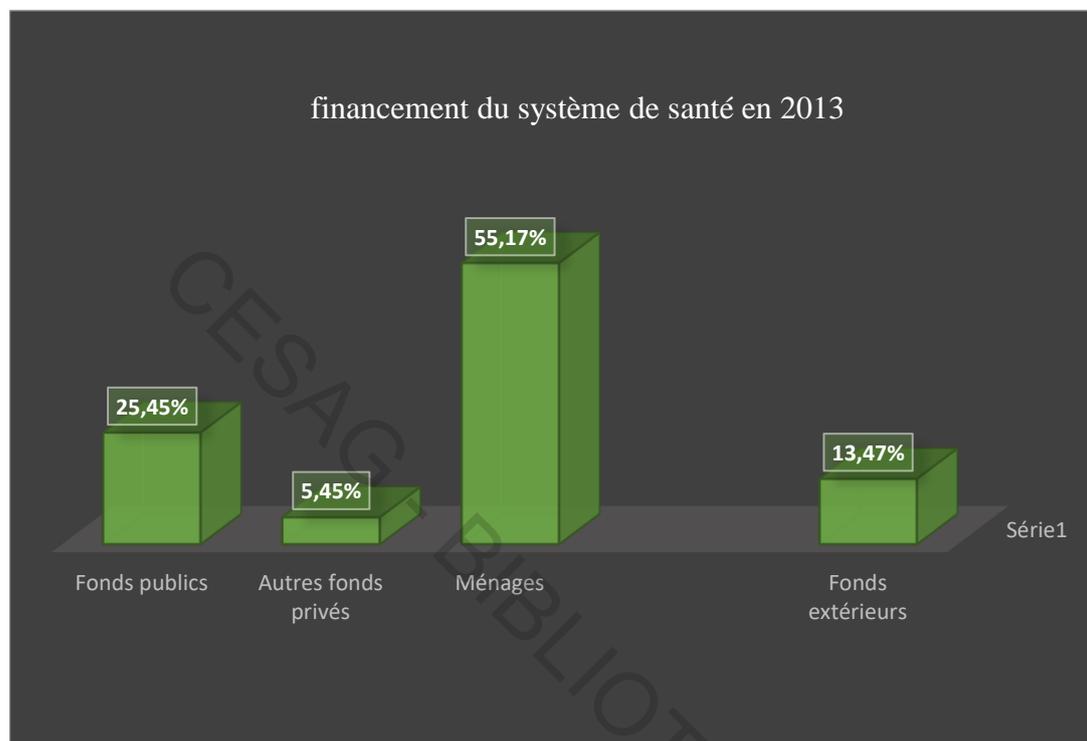
La structure de financement montre que les dépenses des fonds publics et les fonds extérieurs ont considérablement diminué passant respectivement de 37% en 2008 à 25.43% en 2013 soit 11.57% de différence et de 17% à 13.93% soit 3.07%

Quant aux dépenses des fonds privés, on note une augmentation considérable qui est de 46% en 2008 à 60.62% en 2013 soit une hausse de 14.62%.

La structure démontre que les fonds privés restent la plus grande source de financement du système de santé au Sénégal de 2006 à 2013 et cela peut se traduire par les paiements directs des ménages dans le financement du secteur de la santé.

## 5.1.2 Financement du système de santé en 2013

Figure 6: financement de la santé en 2013



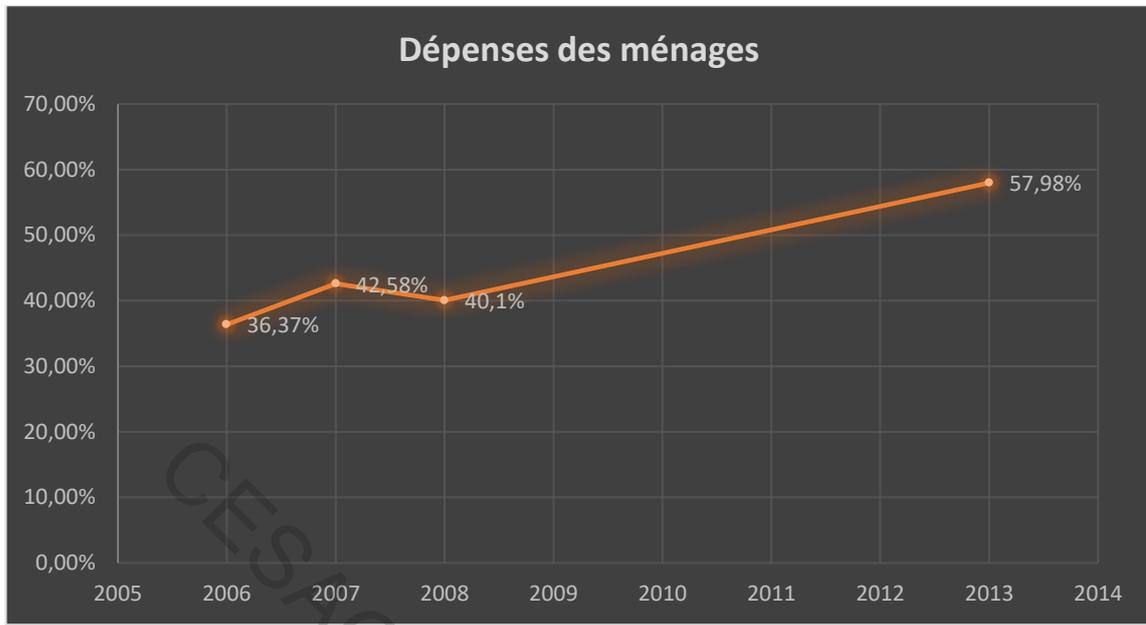
Source : l'auteur

Le financement du système de santé est en majeure partie assuré par les ménages 55,17% soit 237.62 milliards. Cette part importante des ménages traduit le lourd fardeau financier que supportent ces derniers pour leurs soins de santé. Le secteur public reste le deuxième contributeur du système à hauteur de 94.27 milliards soit 25,43% du financement total des dépenses de santé. Quant aux Partenaires Techniques et Financiers (PTF) leurs dépenses s'élèvent à 55.2 milliards soit 13.95%.

## 5.1.3 L'évolution des dépenses de ménages dans le financement de la santé

Cette étude nous permettra de constater l'évolution des dépenses des ménages de 2006 à 2013 et son impact sur le système de santé au Sénégal

Figure 7 : : évolution des dépenses des ménages de 2006 à 2013



Source : l'auteur

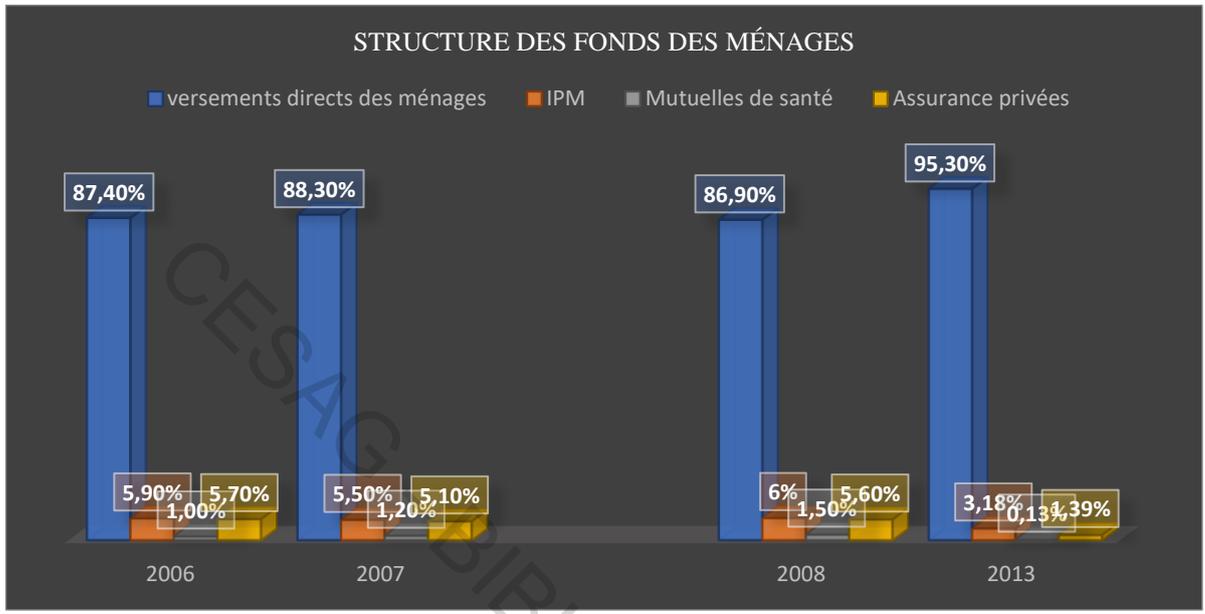
Ce graphique montre clairement que la dépense des ménages est passée de 40.1% en 2008 à 57.98% en 2013 soit une différence de 17.88%.

La part importante des ménages traduit dans un contexte de pauvreté le lourd fardeau supporté par ces derniers pour faire face à leurs soins de santé. Ainsi, les dépenses de santé peuvent avoir pour les ménages vulnérables et à faible capacité financière des répercussions sur leur qualité de vie en raison de la perte de revenu qu'entraîne la maladie. D'autre part, certains ménages retardent le recours aux soins ou voire même renoncent à utiliser les services de santé en raison de coût élevé des paiements directs ou des charges y afférentes.

Par ailleurs, cette augmentation des dépenses de ménages peut s'expliquer aussi par la croissance démographique du pays. Cette population est passée de 11.519.226 habitants en 2007 à 13 508 715 habitants en 2013 et la faiblesse de la couverture sociale en 2013. L'ampleur et la non maîtrise de certaines maladies telle que les maladies cardiovasculaires, le cancer du col de l'utérus de nos jours engendrent beaucoup de dépense chez les ménages dans leur prise en charge. Le Produit Intérieur Brut (PIB) qui traduit la santé économique du pays joue un rôle essentiel dans les dépenses de santé car plus le PIB augmente plus les dépenses de façon générale augmentent. Ce PIB est passé de 4900 milliards en 2008 à 7387 milliards en 2013.

## 5.1.4 La structures des dépenses des ménages dans le financement de la santé

Figure 8: la structure des dépenses des ménages de 2006 à 2013

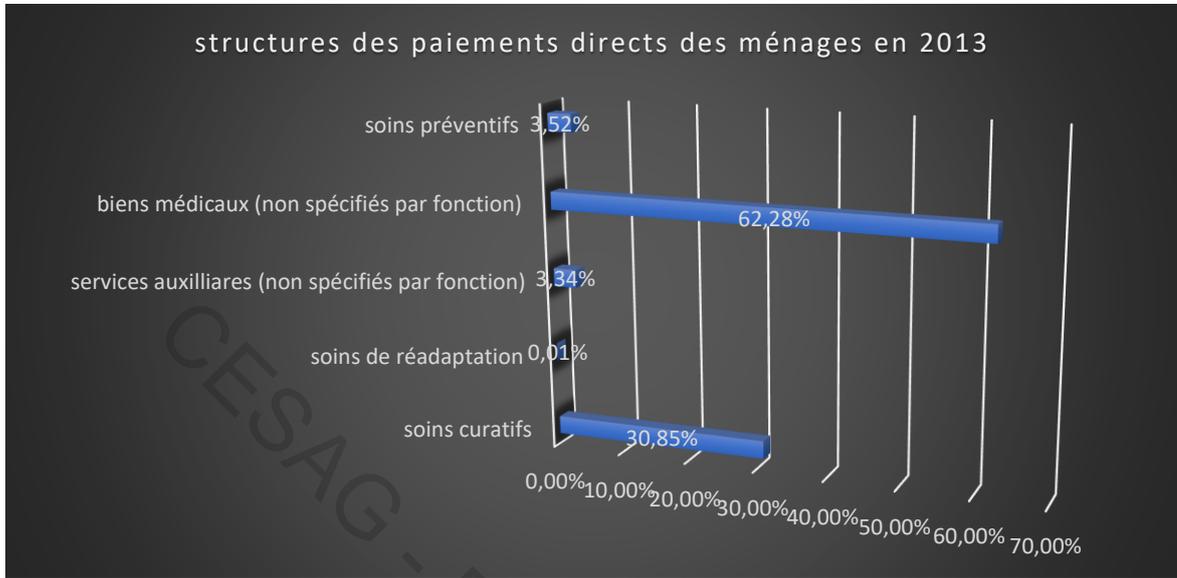


Source : l'auteur

La part des fonds des ménages qui passe par les mécanismes d'assurance maladie à travers les IPM et les assurances privées tourne autour de 5%. Les mutuelles sont quasi inexistantes avec 1%. Ces résultats constituent une préoccupation majeure dans un contexte de mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Selon la déclaration universelle des droits de l'homme, l'accès aux soins de santé est un droit pour tous. Or, dans les pays en voie de développement notamment ceux de l'Afrique subsaharienne, l'accessibilité financière aux soins des populations est limitée. Ainsi, à travers cette CMU, toutes personnes et toutes les communautés pourraient bénéficier des services de santé de qualité dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières.

### 5.1.5 Répartition des paiements directs des ménages en 2013

Figure 9: la structure des paiements directs des ménages en 2013



Source : l'auteur

Ce graphique ci-dessus montre que les paiements directs des ménages sont essentiellement destinés à l'achat de médicaments (62.28%) et aux soins curatifs (30.85%). Le poids des médicaments dans les paiements directs est une situation préoccupante pour les ménages.

Pour que les gens puissent se traiter, il faut que les médicaments soient accessibles et très bien conservés dans les officines. L'accessibilité dans ce contexte, traduit la possibilité aux ménages à accéder aux médicaments de qualité à moindre coût mais force est de constater que, certains de ces médicaments par exemple pour le traitement des cancers peuvent coûter entre 400 000 et 500 000 FCFA et les prix des nouveaux médicaments anticancéreux malgré la subvention de l'Etat coûtent entre 60 000 FCFA et 599 000 FCFA. Par conséquent, cela constitue une entrave à la consommation. Le développement de l'assurance maladie serait le bienvenu pour vraiment alléger les dépenses des ménages.

## 5.2 Les dépenses courantes de santé en 2013

L'analyse des dépenses courantes de santé dans cette partie se déroulera selon les différentes caractéristiques citées ci-dessous.

### 5.2.1 Les dépenses de santé courantes par fonction de soins

La fonction de soins se définit comme les types de biens et services qu'offrent les prestataires de soins de santé et qui font l'objet d'une dépense de santé.

Tableau 3:: les dépenses courantes de santé par fonctions de soins

SOINS	MONTANTS	POIDS
Soins curatifs	123 820 414 652	30,21%
Soins de réadaptation	170 292 301	0,04%
Soins (de santé) de longue durée	81 288 675	0,02%
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	13 868 561 547	3,38%
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	152 448 393 683	37,20%
Soins préventifs	68 372 050 589	16,68%
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	50 987 496 651	12,44%
Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	75 309 400	0,02%
TOTAL	409 823 807 498	100,00%

Source : l'auteur

A travers ce tableau, nous remarquons que les dépenses courantes de santé par fonction de soins sont plus destinées vers les biens médicaux et les soins curatifs qui sont respectivement 37.2% et 30.21%. Les soins préventifs viennent en troisième position avec 16.68%.

Comme nous pouvons le constater, les biens médicaux sont composés essentiellement des médicaments pour les patients ambulatoires à travers les paiements directs. En ce qui concerne les soins curatifs, les paiements directs représentent plus de 56%, cependant les régimes des assurances couvrent seulement 16.38%.

## 5.2.2 Les dépenses courantes par sexe et groupe de maladies

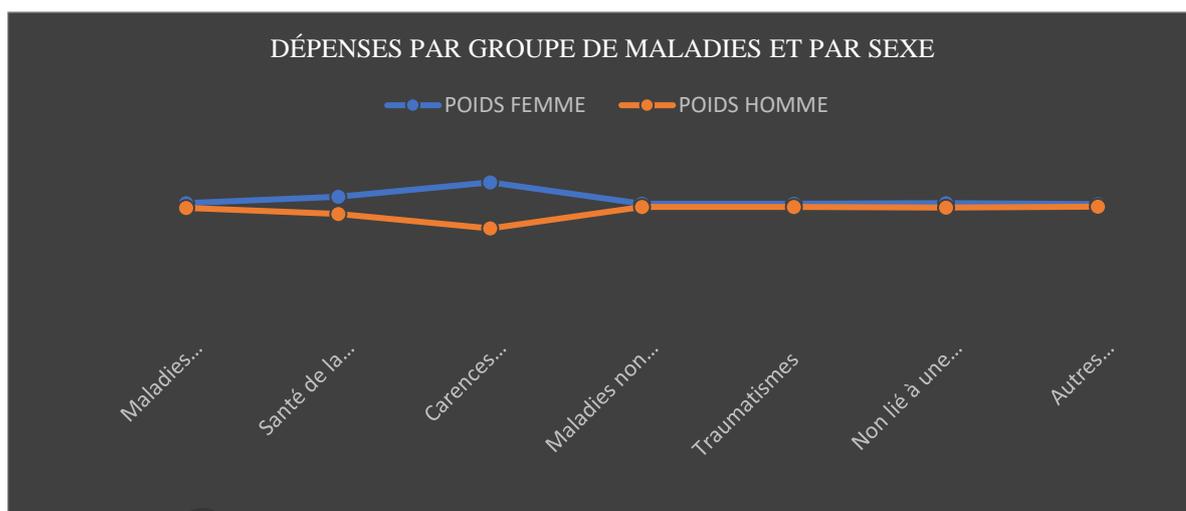
Tableau 4: dépenses courantes par sexe et groupe maladie

MALADIES	Femme	Homme	TOTAL	POIDS FEMME	POIDS HOMME
Maladies infectieuses et parasitaires	82 580 384 427	79 494 556 840	162 074 941 267	50,95%	49,0%
Santé de la reproduction	21 073 209 104	18 352 065 040	39 425 274 144	53,45%	46,5%
Carences nutritionnelles	9 178 475 090	6 305 543 634	15 484 018 724	59,28%	40,7%
Maladies non transmissibles	62 183 096 362	60 586 847 599	122 769 943 962	50,65%	49,3%
Traumatismes	12 656 005 071	12 326 669 961	24 982 675 031	50,66%	49,3%
Non lié à une maladie spécifique	55 046 981	53 042 938	108 089 919	50,93%	49,1%
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	22 719 632 562	22 259 231 889	44 978 864 451	50,51%	49,5%
<b>TOTAL</b>	<b>210 445 849 597</b>	<b>199 377 957 901</b>	<b>409 823 807 498</b>	<b>51,35%</b>	<b>48,6%</b>

Source : l'auteur

Les dépenses courantes de santé représentent 51.35% chez les femmes pour un montant de 210 445 849 597 FCFA contre 48.6% chez hommes pour un montant de 199 377 957 901 FCFA.

Figure 10: dépenses par groupe de maladies et par sexe



Source : l'auteur

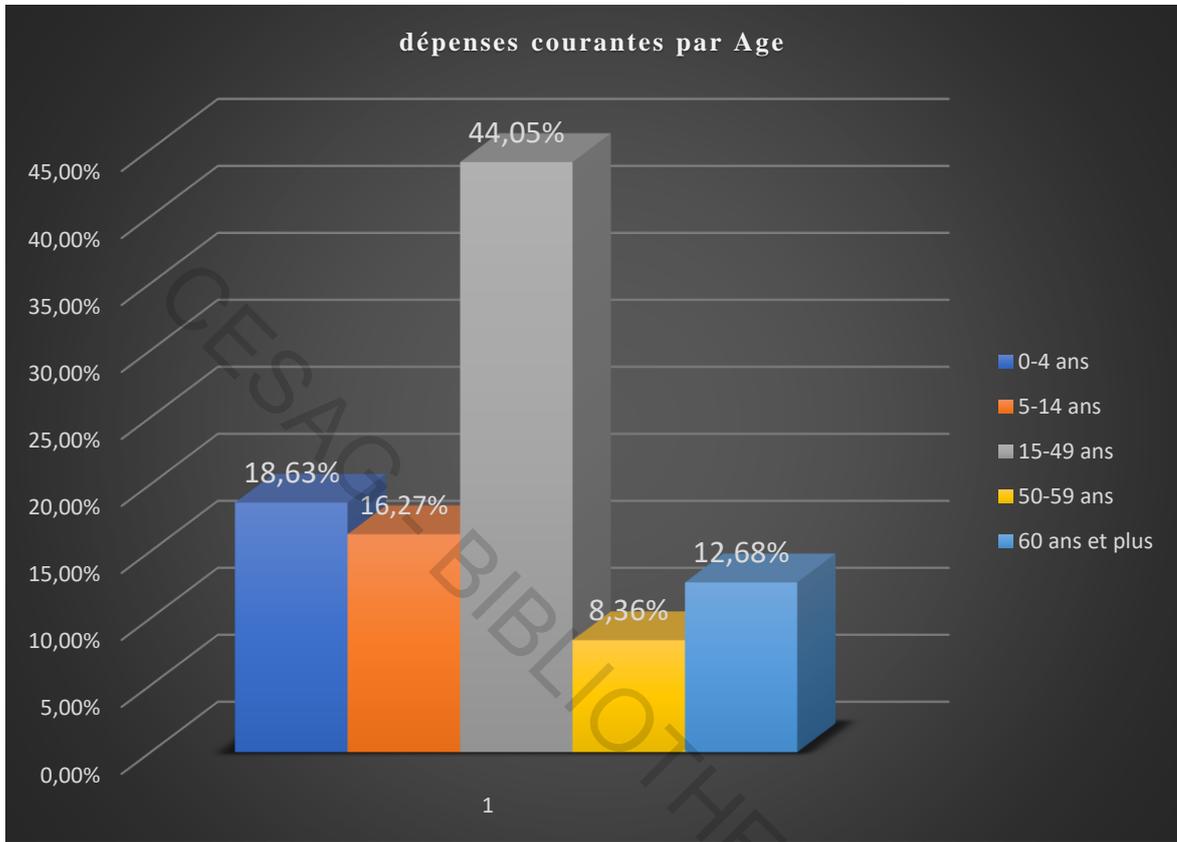
Les dépenses courantes de santé chez les femmes sont toujours supérieures à celles des hommes quel que soit le groupe de maladies.

Cette tendance s'explique par le fait que les femmes sont généralement chef de ménage<sup>1</sup> et souffrent de handicaps plus sérieux que les hommes surtout en carence nutritionnelle. Elles sont plus souvent urbaines, analphabètes, plus jeunes. Ce sont aussi des femmes âgées et veuves qui doivent se prendre en charge elles même pour leurs dépenses de santé. L'une des causes de ces dépenses s'explique par le fait que les femmes sont plus exposées et vulnérables à certaines pathologies dont leur coût s'avère très élevé ; notamment le cancer de sein, cancer du col-utérus, cancer de l'ovaire. En outre, la santé de la reproduction est aussi une cause de cette différence.

<sup>1</sup> Parfois veuve ou à la charge de toute une famille

### 5.2.3 Les dépenses courantes par Age

Figure 11: dépenses courantes par Age



Source : l'auteur

Les résultats de notre étude révèlent que 44.05% des dépenses courantes de santé sont effectuées par la tranche d'âge 15-49 ans pour un montant de 180 536 820 047 FCFA. Les dépenses des enfants de 0-5 ans s'élèvent à 76 364 916 909 FCFA soit 18.63%. Les tranches d'âge 5-14 ans et 60 ans plus occupent respectivement 16.27% et 12.68%.

Nous pouvons dire à priori que la tranche d'âge 15-49 ans composée essentiellement de jeunes représente 54.4% de la population sénégalaise et à dans cette tranche d'âge, nous sommes beaucoup exposés aux différentes maladies telles que le VIH/SIDA, la Tuberculose ect.

## 5.2.4 Dépenses courantes par Age et par groupe de maladies

Tableau 5: dépenses courantes par Age et par groupe de maladies

MALADIES	0-4 ans	5-14 ans	15-49 ans	50-59 ans	60 ans et plus
Maladies infectieuses et parasitaires	39,86%	43,01%	38,97%	41,95%	36,28%
Santé de la reproduction	8,90%	7,93%	11,27%	7,59%	8,37%
Carences nutritionnelles	9,01%	4,88%	2,19%	0,92%	1,00%
Maladies non transmissibles	25,12%	28,07%	29,99%	32,92%	37,41%
Traumatismes	5,72%	5,56%	6,41%	5,55%	6,61%
Non lié à une maladie spécifique	0,01%	0,07%	0,03%	0,00%	0,00%
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	10,48%	11,14%	11,07%	10,32%	10,32%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : l'auteur

A travers ce tableau, nous remarquons que les maladies infectieuses et parasitaires causent plus de dépenses à tous les tranches d'âge et vient en second les maladies non transmissibles. Cela est dû au fait que se sont des maladies transmissibles et qui se propagent rapidement au sein de la population engendrant plus de dépenses de santé.

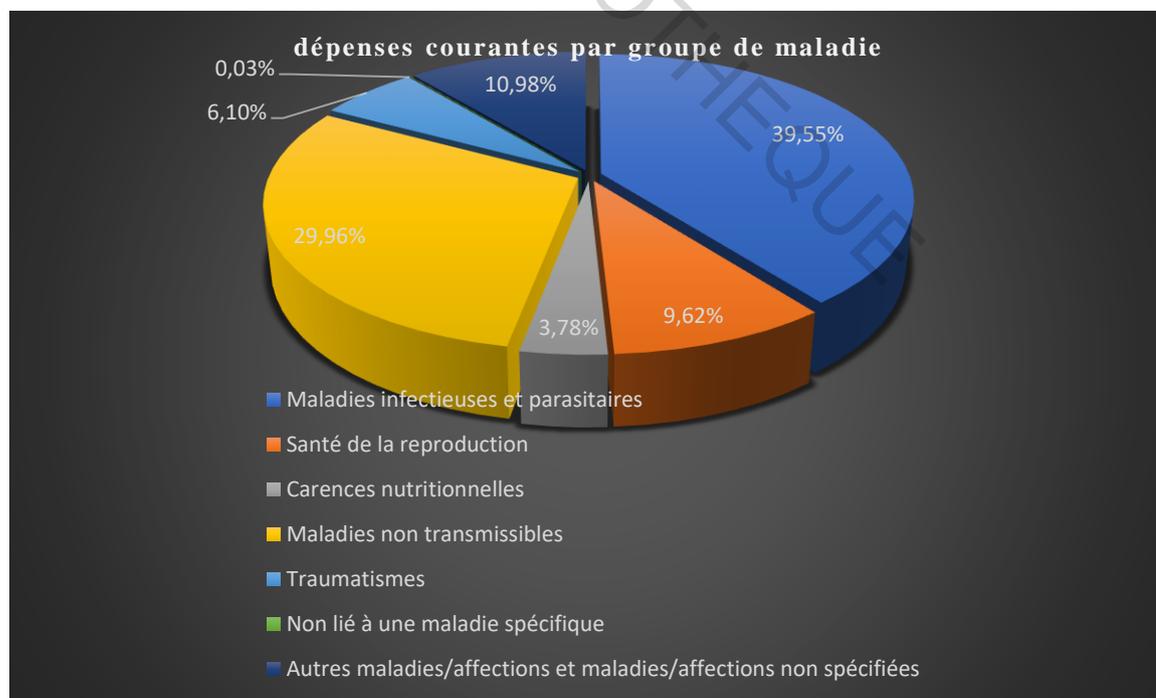
## 5.2.5 Les dépenses courantes de santé par groupe de maladie

Tableau 6: dépenses courantes de santé par groupe de maladie

Maladies	Dépenses	Poids
Maladies infectieuses et parasitaires	162 074 941 267	39,55%
Santé de la reproduction	39 425 274 144	9,62%
Carences nutritionnelles	15 484 018 724	3,78%
Maladies non transmissibles	122 769 943 962	29,96%
Traumatismes	24 982 675 031	6,10%
Non lié à une maladie spécifique	108 089 919	0,03%
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées	44 978 864 451	10,98%
<b>TOTAL</b>	<b>409 823 807 498</b>	<b>100,00%</b>

Source : l'auteur

Figure 12: dépenses par groupe de maladie



Source : l'auteur

Les maladies infectieuses et parasitaires (39.55%), et les maladies non transmissibles (29.96%) engendrent plus de dépenses courantes pour un montant respective de 162 074 941 267 FCFA et 122 769 943 962 FCFA. Les maladies liées à la santé de reproduction (9.62%) et autres maladies non spécifiées (10.98%) ont coûté respectivement 39 425 274 144 FCFA et 44 978 864 451 FCFA.

Cette différence du taux de dépenses des maladies infectieuses par rapport aux maladies non transmissibles est dû aux faites qu'il existe des programmes pour la lutte contre ces maladies transmissibles tels que : le programme PALU, le programme SIDA, le programme TUBERCULOSE etc. De plus, beaucoup de projets ont été engagés par PTF depuis des décennies pour faire face à ces maladies. En revanche, les maladies non transmissibles n'ont pas encore de programmes publics au Sénégal et une attention particulière de la part de l'Etat des PTF. Or, force est de constater que ces maladies ont bien pris de l'ampleur de nos jours et deviennent une situation préoccupante chez les ménages en termes de dépenses et paiement direct.

## 5.2.6 Les dépenses courantes par groupe de maladie et par sources de financement

Tableau 7: dépenses par groupe de maladie et source de financement

MALADIES	Administration publique	Entreprises	Ménages	ISBLSM	Reste du monde	TOTAL
Maladies infectieuses et parasitaires	39 342 203 225	6 037 165 560	78 087 634 550	641 809 214	37 958 926 966	162 067 739 515
poids	24,28%	3,73%	48,18%	0,40%	23,42%	100,00%
Santé de la reproduction	7 033 881 638	1 936 127 655	24 825 433 450	83 380 911	5 546 441 090	39 425 264 744
poids	17,84%	4,91%	62,97%	0,21%	14,07%	100,00%
Carences nutritionnelles	2 598 561 474	134 077 026	2 555 748 474	86 497 883	10 109 133 868	15 484 018 724
poids	16,78%	0,87%	16,51%	0,56%	65,29%	100,00%
Maladies non transmissibles	28 027 016 410	8 723 489 541	84 631 212 013	570 262 622	817 548 160	122 769 528 746
poids	22,83%	7,11%	68,94%	0,46%	0,67%	100,00%
Traumatismes	5 624 932 035	1 382 630 532	17 759 093 637	11 292 442	204 361 649	24 982 310 295
poids	22,52%	5,53%	71,09%	0,05%	0,82%	100,00%
Non lié à une maladie spécifique	4 578 049	65 708 728	37 061 090	127 391	605 765	108 081 023
poids	4,24%	60,80%	34,29%	0,12%	0,56%	100,00%
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées	11 636 356 377	3 077 022 502	29 699 348 014	3 705 754	562 431 803	44 978 864 451
poids	25,9%	6,8%	66,0%	0,0%	1,3%	100,0%
TOTAL	94 267 529 208	21 356 221 545	237 595 531 231	1 397 076 217	55 199 449 303	409 815 807 504
POIDS	23,00%	5,21%	57,98%	0,34%	13,47%	100,00%

Source : l'auteur

La dépense courante totale par groupes de maladies s'élève à 409 815 807 504 FCFA et la dépense des ménages est considérable à hauteur de 237 595 531 231 soit 57.98%.

La plupart des dépenses de toutes maladies sont financées en majeure partie par les ménages à l'exception des carences nutritionnelles dont les PTF reste les principaux financeurs à hauteur de 10 109 133 868 FCFA soit 65.29%.

## 5.2.7 Les dépenses courantes par groupe de maladie chez les ménages

Tableau 8: dépenses des ménages par groupe de maladie

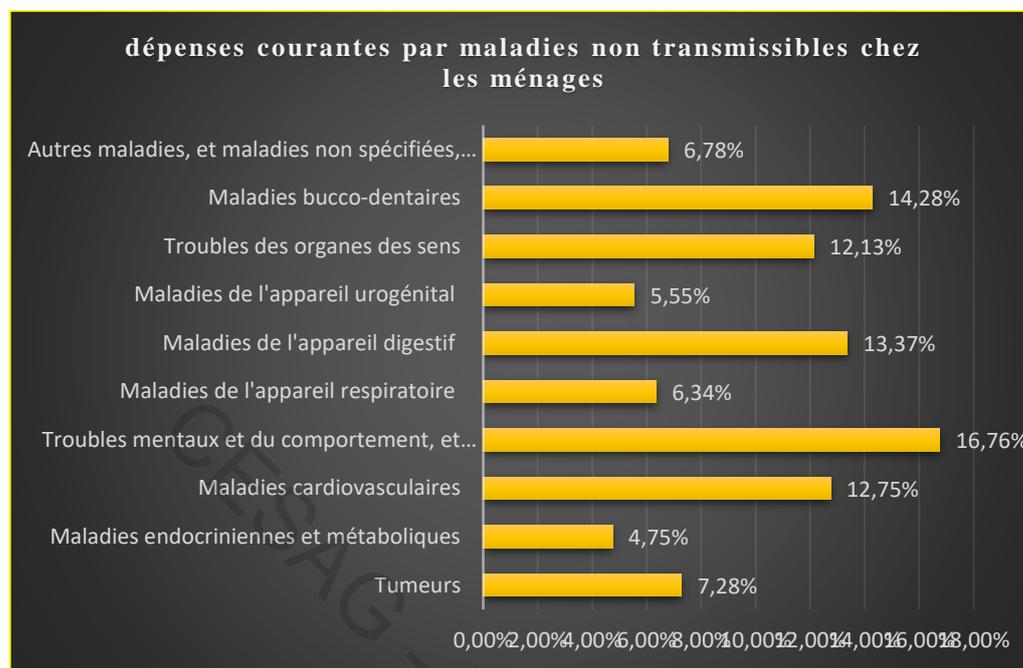
Maladies	MENAGES	POIDS
Maladies infectieuses et parasitaires	78 087 634 550	32,87%
Santé de la reproduction	24 825 433 450	10,45%
Carences nutritionnelles	2 555 748 474	1,08%
Maladies non transmissibles	84 631 212 013	35,62%
Traumatismes	17 759 093 637	7,47%
Non lié à une maladie spécifique	37 061 090	0,02%
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées	29 699 348 014	12,50%
<b>TOTAL</b>	<b>237 595 531 228</b>	<b>100,00%</b>

Source : l'auteur

Ce tableau montre clairement que les maladies non transmissibles (35.62%) pour un montant de 84 631 212 013 FCFA sont nettement supérieures aux maladies transmissibles (32.87%) dont le montant s'élève à 78 087 634 550 FCFA. Ce constat est dû aux faites que l'ampleur des maladies telles que le diabète, le cancer, maladie cardiovasculaire dont les coûts de traitement sont excessivement chers pour les ménages. De plus ces pathologies font l'objet de moins d'investissement de la part de l'Etat et des PTF dans la prise en charge au sein de la population.

## 5.2.8 Les dépenses des maladies non transmissibles chez les ménages.

Figure 13: dépenses courantes par maladies non transmissibles chez les ménages



Source : l'auteur

La dépense totale des maladies non transmissibles chez les ménages s'élève à 84 631 212 013 FCFA soit (35.62%) de leurs dépenses. Les maladies de troubles mentaux et du comportement (16.76%) représentent la plus grande dépense 14 183 167 367 FCFA et elles sont composées essentiellement des Troubles mentaux (psychiatriques) 7 372 738 430 FCFA et les maladies neurologiques 4 098 571 162 FCFA dans cette catégorie de maladie. Les maladies bucco-dentaires (14.28%) occupent la deuxième place 12 088 291 516 FCFA. Les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle) 10 793 804 441 FCFA soit (12.75%), les maladies de l'appareil digestif 11 316 528 061 FCFA et les troubles des organes de sens 10 265 357 167 FCFA ne sont pas à négliger.

Les maladies comme le diabète (3 059 605 397 FCFA) et les cancers (6 159 352 143 FCFA) restent tout de même une situation préoccupante chez les ménages.

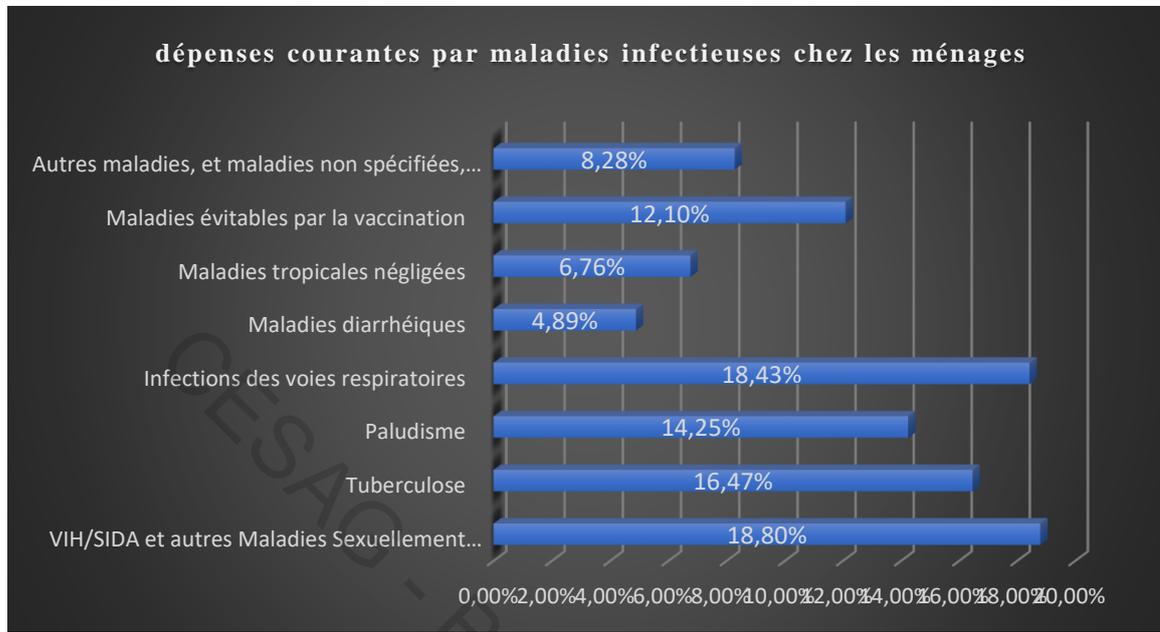
Le coût du traitement d'un diabétique au Sénégal s'est élevé environ à 75.000 FCFA chaque mois et lorsqu'elle a l'hypertension artérielle, cela peut aller jusqu'à 100.000 FCFA par mois. Le Sénégal compte plus 400.000 diabétiques et plus de 300.000, soit les 80 %, ne sont pas suivis médicalement. En Afrique francophone, le Sénégal est l'un des pionniers dans la lutte contre cette pathologie mais les statistiques font état de 350.000 et 400.000

diabétiques diagnostiqués et la plupart d'entre eux ignorent qu'ils sont porteurs de cette maladie. Une insuffisante sensibilisation pourrait être à l'origine de cette situation. Les populations n'étant pas suffisamment sensibilisées sur les méfaits de cette maladie et les conditions dans lesquelles elle peut survenir, il apparaît nécessaire de continuer à sensibiliser les populations pour qu'elles aillent se faire dépister car il vaut mieux découvrir le diabète tôt et le prendre en charge correctement avant que les complications ne surviennent. L'accessibilité au traitement du diabète constitue aussi un véritable problème pour les malades qui doivent vivre avec tout le restant de leur vie. L'État a mis en place, depuis 2003, une subvention de plus de 300 millions de francs annuellement pour amoindrir le prix de l'insuline mais cette subvention ne touche que 20% des diabétiques de type 1 d'où l'État doit faire des efforts considérables pour alléger la souffrance des populations car les médicaments qui traitent le diabète coûtent excessivement chers.

Quant aux cancers au Sénégal, ce sont 6.800 nouveaux cas qui sont attendus tous les ans et la prévalence exacte du cancer n'est pas encore connue. Même si la prise en charge des cancers du sein avancés est actuellement bien codifiée, les résultats en termes de survie et de morbidités sont encore médiocres vu les retards du diagnostic et les traitements mutilants, parfois onéreux et mal tolérés. Le coût du traitement à la chimiothérapie peut varier de 60.000 à 400.000 FCFA pour le patient et la radiothérapie au cobalt qui est pratiquée au Sénégal par un seul centre anticancéreux existant à Dakar pose le problème de la surcharge de cette unité, augmentant ainsi les délais du traitement avec toujours un coût non négligeable qui s'élève à 150.000 FCFA. La prise en charge des cancers du sein est une tâche multisectorielle et nécessite une volonté politique devenue urgente au Sénégal. Lutter contre le cancer dans un contexte de pauvreté doit nécessiter un partenariat entre l'État et le secteur privé. En plus, l'autorité sanitaire doit promouvoir l'organisation du registre des cancers afin de mieux appréhender l'immensité du phénomène, appuyer les programmes de lutte contre le cancer en rendant accessibles les outils de dépistage de masse, encourager la formation de personnels compétents dans le domaine.

## 5.2.9 Les dépenses courantes de santé par maladies infectieuses et parasitaires chez les ménages

Figure 14: dépenses courantes de santé par maladies infectieuses chez les ménages



Source : l'auteur

Les maladies infectieuses des voies respiratoires (18.43%) et le VIH/SIDA (18.80%) restent en tête en termes de dépense respectivement 14 395 225 354 FCFA et 14 684 170 368 FCFA sur un montant total de 78 087 634 550 FCFA. Ensuite viennent la tuberculose (16.47%) et le paludisme (14.25%).

Des études réalisées en 2013 ont montré que presque toutes les structures de santé offrent les services de traitement des IST (98 %), tandis que les normes et protocoles ne sont disponibles que dans 60 % des structures offrant des services d'IST. Pour les produits et médicaments essentiels pour la prévention et la prise en charge, on note une bonne disponibilité sauf pour la ceftriaxone injectable qui n'est disponible que dans 21 % des structures offrant des services d'IST. En outre, seulement 35 % du personnel est formé pour la prise en charge des IST ; ce manque de formation étant plus accentué dans les régions de Fatick (16 %), Kolda (17 %) et Sédhiou (20 %). Les tests de diagnostic rapide de la syphilis ne sont disponibles que dans 1 % des structures offrant des services d'IST. Malgré les efforts de l'Etat et PTF dans la lutte contre cette pathologie depuis des décennies, elle reste tout de même une dépense importante chez les ménages mais il est

bien de noter que cette maladie est maîtrisée de nos jours avec l'implication de tous les acteurs de la santé.

Parmi les structures offrant des services de diagnostic et ou traitement de la tuberculose, 15 % ont la capacité de réaliser un diagnostic par microscopie frottis de tuberculose. Le diagnostic par microscopie est réalisé dans les hôpitaux (72 %) et les centres de santé (71 %) et dans seulement 3 % des postes de santé. Parmi les structures offrant des services de diagnostic et ou traitement de la tuberculose, 88 % peuvent diagnostiquer le VIH. Dans 9 des 14 régions du Sénégal, toutes les structures offrant des services de diagnostic et ou traitement de la tuberculose ont la capacité de diagnostiquer le VIH. Pour les autres régions, plus des deux tiers de ces structures ont cette capacité de diagnostic. Par ailleurs, on peut noter que cette capacité de diagnostic est beaucoup plus fréquente dans 48 les structures du public (94 %) que du privé (56 %). Pratiquement tous les hôpitaux, centres de santé et postes de santé ont la capacité de réaliser ce diagnostic. Concernant la disponibilité des médicaments pour le traitement de la tuberculose, près des deux tiers (61 %) des structures visitées et offrant des services de diagnostic et ou de traitement de la tuberculose disposaient de traitement de première ligne (81 % des centres de santé). La streptomycine injectable n'était disponible que dans une structure sur quatre.

Le diagnostic ou le traitement du paludisme sont livrés dans 99 % des structures sanitaires. Cette offre de service est assez élevée quel que soit le type de structure, l'autorité de gestion ou la région considérée. Parmi les structures offrant des services de diagnostic ou de traitement du paludisme, le pourcentage de structures disposant d'un personnel formé sur le TPI est très faible à l'échelle nationale (53 %) surtout dans les régions de Kolda (24 %), Dakar (34 %) et Tambacounda (35%). La disponibilité des médicaments et produits antipaludiques concernait principalement la quinine injectable dans 81 % des cas, les ACT (Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine) de première ligne pédiatrique dans 60 % des cas, la sulfadoxine/pyriméthamine (SP) dans 58 % des cas et les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) dans 55 % des structures. La quinine injectable était le médicament antipaludique le plus utilisé et dont la disponibilité était meilleure au niveau des postes de santé et des centres de santé (respectivement 81 % et 84 %) qu'au niveau des hôpitaux (70 %), et davantage dans le public que dans le privé. Au niveau des régions, Kaffrine et Fatick ont le pourcentage de disponibilité le plus élevé (100 %) et Dakar le pourcentage le plus faible (61 %)

### 5.2.10 Les dépenses courantes par groupe de maladies chez PTF et l'administration publique

Cette analyse des dépenses par groupe de maladies chez les PTF et l'administration publique consiste à voir vers quel type de pathologies ces dépenses sont plus tournées.

Tableau 9: structure des dépenses par groupe de maladies

Maladies	Administration publique	Reste du monde	Poids Administration publique	Poids reste du monde
Maladies infectieuses et parasitaires	39 342 203 225	37 958 926 966	41,73%	68,77%
Santé de la reproduction	7 033 881 638	5 546 441 090	7,46%	10,05%
Carences nutritionnelles	2 598 561 474	10 109 133 868	2,76%	18,31%
Maladies transmissibles non	28 027 016 410	817 548 160	29,73%	1,48%
Traumatismes	5 624 932 035	204 361 649	5,97%	0,37%
Non lié à une maladie spécifique	4 578 049	605 765	0,00%	0,00%
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées	11 636 356 377	562 431 803	12,34%	1,02%
Total	94 267 529 207	55 199 449 302	100,00%	100,00%

Source : l'auteur

Ce tableau montre que les dépenses courantes de santé des PTF (68.77%) et l'Administration publique (41.73%) sont plus tournées vers les maladies infectieuses et parasitaires pour un montant respectif de 37 958 926 966 FCFA et 39 342 203 225 FCFA.

Les maladies non transmissibles, elles représentent 29.73% des dépenses de santé de l'Administration et presque insignifiant chez les PFT seulement 1.48% de leurs dépenses. Quant aux carences nutritionnelles (18.31%) et la santé de la reproduction (10.05%), elles font l'objet de plus dépenses chez PTF.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **Chapitre 6 : INTERPRETATIONS DES INDICATEURS ET LES DETERMINANTS DES DEPENSES CATASTROPHIQUES DES MENAGES.**

### **6.1 Les indicateurs de base de sante**

Les indicateurs de base permettent la comparaison des efforts fournis par les Etats pour l'amélioration de l'état de santé des populations.

#### **6.1.1 Dépenses totales de santé en % du produit intérieur brut (PIB)**

La part de dépenses totale de santé dans le produit intérieur brut (PIB) est un indicateur qui permet de mettre en perspective les dépenses de santé et leur dynamique avec les ressources internes du pays. Son suivi permet de comparer la dynamique des dépenses de santé à l'accroissement du PIB, l'indicateur traditionnel de la richesse nationale. Cet indicateur donne l'avantage de faire des comparaisons internationales.

<i>Formule</i> : dépenses totales de santé / PIB (en millions FCFA)
<i>Calcul</i> : $430.677 / 7.350.000 = 0.0586$

Avec 430.677 millions FCFA, la dépense totale de santé s'élève au Sénégal à 5.86% du PIB. En effet, les dépenses totales de santé ont contribué à hauteur de 5.86% de la richesse produite au cours de l'année 2013. Ces dépenses sont composées de : dépenses courantes de santé, dépenses d'investissement et dépenses en recherche et formation. Cette évaluation place le Sénégal à un niveau équivalent à celui de la Côte d'Ivoire (5.7%), derrière le Mali (6.71%) et supérieur à celui du Benin (4.59%).

### 6.1.2 Dépenses totales de santé par habitant

Cet indicateur traduit la part moyenne d'un habitant dans la consommation de soins de santé. Il permet de comparer la contribution moyenne de chaque citoyen dans le financement de la santé au niveau international.

*Formule* : dépenses totales de santé / habitant (en millions FCFA)

$$\text{Calcul} : 430.677 / 13,509 = 31.881$$

Au Sénégal les dépenses totales par habitant s'élèvent à 31.881 FCFA en 2013, le plaçant derrière la Côte d'Ivoire 40.581 FCFA mais devant le Mali (21.609 FCFA) et le Benin (18.830 FCFA). Cet indicateur montre à quel point les soins sont coûteux pour la population sénégalaise. Dans un contexte de pauvreté, les populations doivent consacrer cette somme de leur revenu à la santé, ce qui les rendra pauvres davantage. Donc il est vraiment important de se pencher sur cette dépense car cela montre le degré de souffrance de chaque sénégalais. En revanche, cela peut être positif pour les ménages si leur part aux financements de la santé diminue c'est-à-dire moins que la part de l'Etat.

### 6.1.3 Dépenses en capital de santé en % dépenses totales en santé

Les dépenses en capital de santé concernent tout ce qui est l'acquisition d'infrastructures, des équipements, des logiciels, la formation et la recherche. Cet indicateur de santé permet de mesurer la part des investissements dans le secteur sanitaire et faire des comparaisons au niveau international en termes d'investissement.

*Formule* : dépenses en capital / dépenses totales de santé (millions de FCFA)

$$\text{Calcul} : 20854 / 430677 = 0.0484$$

Au Sénégal, les dépenses en capital représentent 4.84% des dépenses totales de santé en 2013. Il fait moins que le Mali avec 5.37% et le Benin (6.23%) dans les investissements.

La part de la formation et la recherche pour un montant de 2.353.000.000 FCFA soit 0.055% est presque insignifiant. Ce montant reste très faible et il est vraiment important pour l'Etat de revoir sa politique dans le domaine de la recherche et formation. Même si le système de santé reste un secteur à forte intensité de main-d'œuvre, le capital a vu son importance s'accroître au cours des dernières décennies en tant que facteur de production des services de santé. Cela s'illustre, par l'importance des croissances des équipements diagnostiques et thérapeutiques ou par l'expansion des technologies de l'information et des communications (TIC) dans le domaine de la santé. Toutefois, le niveau de ressources investi dans les infrastructures, les équipements et les TIC a tendance à varier davantage en fonction des cycles économiques que les dépenses courantes au titre des services de santé, les décisions d'investissement étant souvent plus ponctuelles et pouvant être facilement reportées ou avancées en fonction de la situation économique. Lorsque nous décidons d'investir dans les infrastructures, les responsables publics doivent non seulement évaluer soigneusement les coûts à court terme, mais aussi les avantages potentiels à court, moyen et long terme. Le ralentissement des investissements dans les infrastructures et les équipements de santé peut également réduire la capacité à traiter les patients et contribuer à allonger les délais d'attente pour différents types de services.

#### **6.1.4 Dépenses publiques courantes de santé en % dépenses totales en santé**

Les dépenses publiques courantes de santé sont l'ensemble des sommes dépensées au cours d'une année au titre de la santé par l'Administration publique. Cet indicateur est très important car il permet de connaître le poids des dépenses de l'Etat dans le financement du système sanitaire.

*Formule* : dépenses publiques courantes de santé / dépenses  
totales de santé (millions de FCFA)

*Calcul* :  $109521 / 430677 = 0,2543$

A travers cet indicateur, le secteur public contribue à hauteur de 25.43% au financement total des dépenses de la santé et intervient essentiellement dans l'Administration du système de santé (28%) et la prise en charge des soins de santé de la population à travers

ses structures sanitaires (48%). Aussi, couvre-t-il la prise en charge des soins de santé d'une partie de la population par le biais des programmes de gratuité et de lutte contre les maladies. Ainsi, le Sénégal se place un peu loin du Mali (39.7%) et de la Côte d'Ivoire (33.1%) mais devant le Benin (24%) et la Guinée Bissau (20.3%). Cela montre clairement que le financement du système sanitaire est pris en otage par le financement privé où la proportion des ménages est très importante (55.17%). Or il existe des pays dont le financement de la santé dépend en grande de l'Administration publique et nous pouvons citer : Seychelles (92%), Algérie (74,2%), Cap vert (73.7%), Ghana (60.6%) et la Gambie (60.1%) qui traduit tout simplement une volonté politique sanitaire pour soulager leurs populations dans les dépenses de santé. Cependant, vu tous ces pays seul l'Algérie a une puissance économique supérieure au Sénégal et les autres, il est nettement au-dessus. Nous pouvons dire que cela pourrait s'expliquer par un manque de volonté politique sanitaire, priorité accordée à la population afin de les soulager de leurs dépenses de santé, d'où le Sénégal doit revoir sa copie s'il veut réduire le taux de mortalité et atteindre les OMD.

### 6.1.5 Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé

Les dépenses de santé des ménages comprennent les dépenses effectivement réalisées par les ménages résidents pour acquérir des biens et des services destinés à la satisfaction de leurs besoins de santé. Cet indicateur est le plus suivi dans le système sanitaire car il traduit l'état de santé et le niveau de vie des populations d'un pays.

*Formule* : dépenses de santé des ménages / dépenses totales de santé (millions de FCFA)

$$\text{Calcul} : 237596 / 430677 = 0,5517$$

Les dépenses de santé des ménages s'élèvent à 237,596 milliards soit 55.17% des dépenses totales de santé en 2013. A travers cet indicateur, le Sénégal devient en 2013 le deuxième pays de la zone UEMOA derrière le Niger (71.42%) et devant la Côte d'Ivoire (53.75%), le Mali (50.41%), le Benin (40.08%), le Burkina Faso (41.21%), Guinée Bissau (47.33%), le Togo (42.1%) où les ménages supporte plus de dépense de santé.

Leur contribution au financement total représentant 55.17% des dépenses totales est destinée à la prise en charge de leurs soins de santé. Ce niveau important de cette contribution traduit le fardeau financier que supporte les ménages pour leurs soins de santé.

### 6.1.6 Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé

Nous distinguons deux types de dépenses de prévention : la dépense de prévention individuelle et la dépenses de prévention collective.

La dépenses de prévention individuelle consiste à éviter l'apparition ou la complication des maladies et des accidents. Ils comportent des activités de surveillance médicale et de diagnostic. Ne concernant que des interventions individuelles, leur visée est uniquement sanitaire.

La consommation de médecine préventive comprend les services suivants : la médecine du travail, la médecine scolaire, la protection maternelle et infantile (PMI) ; elle comprend aussi d'autres services de médecine préventive dont certains sont à la charge de l'Etat (lutte contre les épidémies, contre l'alcoolisme, la toxicomanie, le sida), et d'autres à la charge des collectivités locales (les vaccinations, le planning familial, les actions de prévention contre la tuberculose, les maladies vénériennes et le cancer).

Quant aux dépenses de prévention collective, Il s'agit d'actions à visée explicitement et principalement sanitaire : contrôle des eaux, contrôle sanitaire aux frontières, campagnes permanentes d'information et d'éducation sanitaire.

<p><i>Formule</i> : dépenses de soins préventifs / dépenses totales de santé (millions de FCFA)</p>
<p><i>Calcul</i> : <math>68372 / 430677 = 0,1588</math></p>

Les soins préventifs représentent 15.88% des dépenses totales de santé en 2013. Le Sénégal fait moins que le Mali (21.3%) et le Benin (19.87%) en termes de prévention. En 2013 seulement 15.88% des dépenses de santé au Sénégal étaient destinées à des actions de prévention, ce qui montre bien que notre système de santé privilégie encore aujourd'hui une approche curative des soins. Pourtant, l'intérêt des actions de prévention

est de plus en plus mis en avant et des pays où le système de santé est moins robuste que le nôtre ouvrent la voie en la matière. Le numérique est d'ailleurs un des vecteurs de ce passage d'un paradigme curatif à un paradigme préventif.

### 6.1.7 Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé

Les dépenses de soins curatifs se définissent comme toutes les dépenses engagées dans le traitement d'une maladie dont l'objectif est la guérison.

*Formule* : dépenses de soins curatifs / dépenses totales de santé  
(millions de FCFA)

$$\text{Calcul} : 123820 / 430677 = 0,2875$$

Les dépenses des soins curatifs représentent 28.75% des dépenses totales de santé en 2013 au Sénégal. Le pays fait moins en termes de dépenses de soins curatifs que le Mali (59.4%) et le Benin (45.15%).

### 6.1.8 Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé

Les dépenses de médicaments sont les dépenses des biens et services médicaux dispensés aux patients ambulatoires ou hospitalisés.

*Formule* : dépenses de médicaments / dépenses totales de santé  
(millions de FCFA)

$$\text{Calcul} : 142590 / 430677 = 0,3473$$

La consommation des biens et services médicaux représente 34.73% des dépenses totales de santé. A travers cet indicateur, le Sénégal fait moins que le Mali (39.1%) et plus que le Benin (17.55%) en ce qui concerne les dépenses de médicaments.

Les résultats de l'étude ont montré que les médicaments constituent les principales causes de dépenses catastrophiques des ménages. Les dépenses en médicaments représentent environ 62% des paiements directs des ménages en 2013.

En effet selon un spécialiste, ce sont les industries asiatiques, américaines, européennes et maghrébines qui alimentent plus de 80 % des besoins en médicaments au Sénégal. Il existe quatre industries qui gagnent des marchés au niveau de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement. Mais, ces industries locales ne couvrent que 10 à 15 % des besoins nationaux. Ce qui veut dire que 80 à 90 % des besoins en médicament sont importés de tous les continents. Cette situation explique le coût élevé des médicaments au Sénégal.

### 6.1.9 L'indice d'Abuja sur la santé

Le Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, tenu à Abuja, Nigeria du 24 au 27 avril 2001 avait solennellement adopté une résolution connue sous le nom de Déclaration d'Abuja. Cette déclaration stipulait que tous les pays africains devraient s'engager à consacrer 15% au moins de leur budget annuel au secteur de la santé.

Tableau 10: indice d'Abuja dans le secteur de la santé en 2013

PAYS	Indice d'Abuja en 2013
Benin	4,59%
Burkina Faso	12,70%
Côte d'Ivoire	8,50%
Niger	6,80%
Mali	12,30%
Malawi	16,20%
Guinée Bissau	7,80%
Ghana	3,50%
Togo	15,40%
Ethiopie	16,40%
Rwanda	22,30%
Ouganda	24,30%
<b>Sénégal</b>	<b>5,86%</b>
Guinée Conakry	2,50%

Source : nous-même à partir des données collectées

Le Sénégal ne consacre que 5.86% de son budget annuel en 2013 à la santé, loin des accords d'Abuja de 2001 où chaque Etat s'était engagé à allouer 15% de son budget à la santé. Cet indice place le pays en 7<sup>ème</sup> position dans la zone UEMOA juste devant la

Guinée Conakry où la situation sanitaire est vraiment critique. En effet, cela traduit l'importance que le pays peut avoir vis-à-vis du secteur sanitaire car les pays comme le Rwanda (22.3%) la Malawi (16.2%), le Togo (15.40%) et l'Ouganda (24.30%) sont largement au-dessus de ces accords.

D'autres part, l'indice d'Abuja du fait d'allouer 15% de son budget annuel à la santé ne suffit pas pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il importe de souligner que, la rationalité de gestion des ressources, la priorisation de certaines interventions sanitaires en fonction des besoins de la population et surtout mener une politique d'efficience allocative doivent accompagner la déclaration d'Abuja dans l'atteinte des OMD.

## 6.2 Les indicateurs optionnels de sante

Les indicateurs optionnels permettent aux pays de faire des analyses plus spécifiques du financement des systèmes de la santé.

### 6.2.1 Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé

Les dépenses de santé du reste du monde sont les dépenses engagées par tous les PTF qui interviennent dans le domaine sanitaire du pays. En effet, le rôle de chaque acteur est crucial tant au niveau local, régional, national qu'international dans toutes les interventions sanitaires.

*Formule* : dépenses de santé du reste du monde / dépenses totales de santé (millions de FCFA)

$$\text{Calcul} : 60075 / 430677 = 0,1395$$

La contribution des PTF dans le financement de la santé au Sénégal en 2013 s'élève à 13.95% des dépenses totales de santé. Comme dans la plupart des systèmes sanitaires des pays en voie de développement, le financement du système sanitaire sénégalais est en majeure partie financé par la population sénégalaise à travers cet indicateur. Cela peut

montrer une indépendance vis-à-vis du reste du monde dans le financement de la santé mais catastrophique pour les ménages dans la mesure où la part de l'Etat peut s'avérer faible.

### 6.2.2 Dépenses des assurances maladies en % dépenses totales de santé

L'assurance maladie permet de faire face au risque financier en cas de dépense médicale mais aussi d'assurer la maîtrise des dépenses de santé en :

- ✓ assurant une protection contre les maladies et accidents ;
- ✓ assurant une compensation en cas d'invalidité ou de décès ;
- ✓ assurant une assistance en cas de situation grave et ou urgente ;
- ✓ assurant une gestion rigoureuse des dépenses de santé ;
- ✓ assurant une mutualisation du coût de la couverture ;
- ✓ assurant une accessibilité à des soins de qualité.

<i>Formule</i> : dépenses des assurances maladies / dépenses totales de santé (millions de FCFA)
---

<i>Calcul</i> : $31027 / 430677 = 0,0720$
---

Les sociétés d'assurance contribuent à hauteur de 31.027 millions Fcfa soit 7.20% des dépenses totales de santé en 2013. Cet indicateur montre un faible taux de couverture maladie de la population. Au Sénégal, seulement une minorité de la population bénéficie d'une couverture sociale pour la prise en charge de ses frais médicaux, à travers les trois régimes existants : les régimes obligatoires, l'assistance médicale et les organisations mutualistes.

Les régimes obligatoires sont constitués par les systèmes de prise en charge des fonctionnaires à travers l'imputation budgétaire et des salariés du secteur privé qui sont assurés dans le cadre des institutions de prévoyance maladie (IPM). L'assistance médicale concerne les initiatives de gratuités mises en œuvre par le ministère de la santé et de l'action sociale et tous les mécanismes d'exemption en faveur des indigents. Les mutuelles de santé au premier franc sont constituées essentiellement des mutuelles de santé communautaires. La population cible de ces mutuelles de santé est constituée essentiellement des acteurs du secteur informel et du secteur rural.

Les faiblesses notées dans le fonctionnement des mutuelles de santé sont liées entre autres aux paquets de prestations trop limitées, à la gouvernance, au faible taux de pénétration et à l'insuffisance de l'appui de l'Etat et des collectivités locales. De façon générale, les mutuelles de santé souffrent d'un déficit de personnel qualifié et leurs outils de gestion ne sont pas harmonisés. Elles ont une capacité assez faible à fournir avec régularité des informations fiables puisqu'elles ne disposent pas pour la plupart d'un système de gestion informatisé et de suivi-évaluation opérationnels. L'absence d'une politique de contractualisation spécifique ne facilite pas les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins. La faible implication de l'Etat, des collectivités locales et du personnel de santé dans la promotion des mutuelles constitue un handicap lourd pour les mutuelles communautaires. Il en est de même de la faiblesse dans la coordination des interventions d'appui aux mutuelles. Alors, un défi majeur se dresse devant le Sénégal dans l'extension de la couverture et de l'impact de l'assurance maladie dans les secteurs ruraux et informels. Pour relever ce défi, une stratégie doit être la mise en place à travers un partenariat effectif entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat pour étendre l'impact de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux.

### **6.2.3 Dépenses des assurances maladies en % dépenses totales des ménages**

Les dépenses des ménages sont composées des paiements directs et les paiements des assurances maladies. La dépense totale des ménages s'élève à 237,596 milliards et se compose de la manière suivante : paiements directs 226,368 milliards et les assurances maladies 12,201 milliards.

<p><i>Formule</i> : dépenses des assurances maladies / dépenses totales de santé des ménages (millions de FCFA)</p>
---

<p><i>Calcul</i> : <math>12201 / 237596 = 0,0514</math></p>
---

Les dépenses des assurances maladies des ménages représentent 5,14% de leurs dépenses totales à travers cet indicateur. Cela traduit une situation catastrophique pour les ménages qui doivent supporter la majeure partie de leurs dépenses de santé. A l'image des autres pays en voie de développement, le Sénégal n'est pas épargné par les difficultés liées à l'accessibilité aux soins sanitaires, une situation inquiétante pour l'Etat et les ménages, d'où l'urgence de tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) qui offre la possibilité aux personnes les plus démunies de bénéficier d'une couverture du risque maladie et de soulager les ménages.

### **6.3 Les déterminants des dépenses catastrophiques des ménages sur leur état de santé**

Plusieurs déterminants peuvent être à la base des dépenses catastrophiques des ménages sur leur état de santé. Pour cela, il est important de faire ressortir quelques facteurs afin de les analyser et leurs impacts sur la santé des populations.

#### **6.3.1 Conditions d'hygiène des ménages**

Une pollution de l'environnement peut être causée par les émanations de fosses septiques ou d'édicules publics non raccordés au réseau d'égouts qui ne sont pas vidangées régulièrement, des installations sanitaires déversées de façon non contrôlée dans l'environnement pour donner suite au manque de systèmes d'élimination adéquats, des boues de vidange employées de façon non hygiénique dans l'agriculture pour donner suite à l'absence de traitement approprié.

Une étude réalisée par l'ANSD en 2014 a montré qu'au niveau du milieu urbain dakarois et dans les autres centres urbains, la vidange des fosses septiques se fait plus par le biais d'une pompe mécanique (57,1% à Dakar urbain contre 44,8% dans les autres centres urbains) que de façon manuelle ou à la main (21,8% à Dakar urbain contre 18,8% dans les autres centres urbains). Cependant, en milieu rural, 22,4% des ménages ont effectué manuellement ou à la main la vidange de leur fosse septique contre 21% qui l'ont fait en utilisant une pompe mécanique.

Ces conditions d'hygiène de vie des ménages peuvent avoir des conséquences directes sur leur état de santé et causant de grave maladie telle que le paludisme, la diarrhée et les autres maladies transmissibles, qui par la suite engendrant plus de dépenses de santé.

### **6.3.2 Habitat des ménages**

En matière d'habitat et de cadre de vie, le Sénégal reste confronté aux effets d'une urbanisation rapide et mal maîtrisée. Dans la plupart des villes, les zones insalubres et impropres à l'habitat représentent en bonne partie, l'espace occupé. Aussi, l'occupation anarchique de l'espace, l'habitat précaire, les problèmes d'hygiène et d'assainissement posent un véritable calvaire pour la santé publique et causant plus de dépenses de santé chez les ménages. Les inondations et l'insécurité liée à la mal-urbanisation sont un ensemble de facteurs qui ont amplifié la vulnérabilité des populations et favorisé la dégradation du cadre de vie et leur état de santé dans les quartiers populaires comme la commune de Médina et Fass. L'accès au logement reste toujours une forte préoccupation pour la majorité des sénégalais.

### **6.3.3 Alphabétisation au Sénégal**

L'éducation est reconnue comme un droit universel et est au cœur des préoccupations des autorités qui ont adopté le Programme d'amélioration de la qualité, de l'équité et de la transparence (PAQUET) à la suite du Programme décennal de l'éducation et de la formation (PDEF) en vue de rendre performant le système. Au Sénégal, le niveau d'alphabétisation reste tout de même une situation préoccupante avec un taux de 52.9%, le taux d'alphabétisation chez les hommes estimé à 64,4% dépasse de plus de 20 points celui des femmes (43,3%) selon l'ANSD en 2014 et cela montre que les femmes sont moins instruites que les hommes. Dans ce contexte, les dépenses des ménages peuvent d'accroître surtout chez les femmes et cela a été vérifié à travers cette étude où les dépenses des femmes sont supérieures à celles des hommes. En effet, l'instruction permet aux femmes de connaître les bonnes pratiques d'hygiène, de protection contre certaines maladies (sida, paludisme, cancer...), de bien administrer les médicaments, de faire appel à des sages-femmes pour le suivi des grossesses. De plus, la mortalité maternelle serait réduite si toutes les femmes suivaient un cursus primaire car mieux éduquées, les femmes

ont aussi un plus grand contrôle sur leur vie. Plus le niveau d'instruction des femmes est élevé, moins elles ont le risque de se marier très jeune ou d'avoir des enfants à un âge précoce.

### **6.3.4 L'accès aux soins de qualité**

L'accès aux soins de santé est un droit pour tous, consacré par la déclaration universelle des droits de l'Homme. Or dans les pays pauvres notamment ceux de la région ouest africaine, l'accessibilité financière aux soins des populations sont limitée. Malgré les programmes et projets facilitant l'accès aux soins de santé mis en place par l'État sénégalais, les ménages continuent de consacrer une partie importante de leur revenu au paiement des soins de santé. La problématique de l'accessibilité aux soins de santé demeure plus marquée en milieu rural, où le pouvoir d'achat des populations est faible. Les autorités doivent mettre en place des mécanismes pour se diriger vers une couverture universelle afin de corriger l'inéquité dans l'accès aux soins de santé et les risques financiers associés, avec un accent particulier mis sur les populations pauvres et vulnérables.

## **RECOMMANDATIONS**

Les résultats de notre analyse nous amènent à formuler des recommandations à l'attention des acteurs suivants :

### *A l'endroit de l'Etat du Sénégal*

- ❑ Renforcer le budget de l'État alloué au secteur de la santé afin d'atteindre au moins les 15% (déclaration d'Abuja en 2001) pour une meilleure prise en charge de toutes les politiques de gratuité ;
- ❑ développer des mécanismes favorisant l'accès aux soins des ménages par la mise en œuvre des axes de la stratégie nationale d'extension de couverture du risque maladie ;
- ❑ promouvoir une approche multisectorielle pour une meilleure résolution des problèmes de santé ;
- ❑ aménager la fiscalité locale pour augmenter les ressources propres des collectivités locales pour une meilleure prise en charge des politiques sanitaires ;

- renforcer la mise en œuvre de la nouvelle gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans ;
- agir sur la politique du médicament pour une augmentation de la consommation de médicaments génériques ;

***A l'endroit du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal***

- Renforcer le système de santé en milieu périphérique ;
- renforcer le partenariat entre les secteurs public et privé en vue d'améliorer l'accès aux biens et services fournis par les prestataires privés (officines privées, cliniques et cabinets privés, postes de santé privés catholiques, etc.) ;
- renforcer le cadre juridique et réglementaire du secteur privé de santé ;
- mener un plaidoyer à l'endroit des collectivités locales pour le financement de la santé ;
- mobiliser davantage des ressources publiques pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles ;
- mobiliser davantage des crédits pour financer les maladies liées à la santé de la reproduction ;
- assurer la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés et notamment la mise en place de conventions de collaborations entre les IPM et les structures sanitaires publiques ;
- inciter les pharmacies privées à délivrer des médicaments génériques par une politique de substitution ;
- se doter d'un système d'information sanitaire qui pourra centraliser toutes données relatives à une étude sanitaire ;
- Institutionnaliser les comptes de la santé.

***A l'endroit de la DPRS du ministère de la Santé***

- Renforcer la ligne budgétaire des CS pour une élaboration régulière ;
- veiller à l'intégration des besoins d'informations des CS dans les enquêtes ménages ;
- intégrer les besoins d'informations des CS dans les outils de collecte du système d'information sanitaire national (DHIS2) ;
- renforcer le plaidoyer auprès des acteurs concernés et des producteurs de données sur l'importance des CS ;

- améliorer le système de collecte des données ;
- réduire les coûts et les délais de production ;
- améliorer la qualité de l'analyse des résultats.

## CONCLUSION

Les comptes de la santé de 2013 ont permis d'avoir une situation du financement du secteur de la santé, de faire une analyse des dépenses courantes de santé par groupe de maladies et de donner une interprétation des indicateurs de santé sur le plan national qu'international. De plus, il était important de faire ressortir quelques déterminants qui sont à la base des dépenses catastrophiques des ménages.

Pour le financement du secteur sanitaire, les dépenses totales de santé sont estimées à 430,7 milliards F CFA soit 5,9 % du PIB et elles sont composées des dépenses courantes (95,16%) et des dépenses en capital (4,84%). Les dépenses totales de santé sont financées en grande partie par le secteur privé à hauteur de 60.62% dont la part des ménages s'élève à 55,17%, les dépenses des administrations publiques représentent 25.43% des DTS et celles des PTF à 13.95%. Pour les dépenses courantes, elles sont financées en grande partie par les ménages (57.98%) à travers les paiements directs, ensuite l'Administration publique (23%) et les PTF (13.47%). Quant aux dépenses en capital 4.84% des DTS, elles sont financées par l'Administration publique et ces dépenses sont consacrées aux acquisitions d'infrastructures, des équipements et de logiciels ainsi qu'à la formation et à la recherche.

En ce qui concerne les dépenses courantes par groupe de maladies, l'étude nous a révélé que les ménages contribuent plus quelques soit la maladie sauf en carence nutritionnelle ou les PTF restent les principaux financeurs et les maladies évitables par la vaccination pour l'Administration publique en tant qu'Agent de financement. En effet, les dépenses courantes totales de santé des ménages sont plus destinées aux maladies non transmissibles pour un montant de 84 631 212 013 FCFA soit 35.62% et ensuite les maladies transmissibles à hauteur 78 087 634 550 FCFA soit 32.87%. En ce qui concerne les maladies non transmissibles dans les dépenses courantes de santé des ménages, les pathologies qui engendrent plus de dépenses sont les maladies de troubles mentaux et du comportement (16.76%), les maladies bucco-dentaires (14.28%), les maladies de l'appareil digestif (13.37%), les maladies cardiovasculaires (12.75%) et les troubles des

organes de sens (12.13. Pour les maladies transmissibles, les dépenses des ménages sont plus destinées aux maladies du VIH/SIDA (18.80%), les maladies infectieuses des voies respiratoires (18.43%), la tuberculose (16.47%) et le paludisme (14.25%). En plus de ces dépenses, les médicaments représentent 58.54% des paiements directs des ménages, ce qui traduit le lourd fardeau que supporte ces derniers.

Les dépenses de l'Administration publique et les PTF vont plus à l'endroit des maladies transmissibles respectivement 41.73% et 68.77% de leurs dépenses courantes totales de santé. Quant aux maladies non transmissibles, elles font l'objet de moins d'investissement de la part de l'Administration publique (29.73%) et presque insignifiant chez les PTF (1.48%).

L'analyse et l'interprétation des indicateurs de base ont permis de faire la comparaison sur le plan international des efforts effectués par l'Etat sénégalais pour l'amélioration de l'état de santé des populations. Le pays doit faire des efforts en termes d'investissement dans la santé, mener une politique de prévention contre certaines maladies chroniques et renforcer le budget alloué à la santé pour tendre vers l'indice d'Abuja. Quant aux indicateurs optionnels, ils ont permis de faire des analyses plus spécifiques du financement des systèmes de la santé et nous pouvons dire que le pays est moins dépendant des PTF mais qu'il faudra un mécanisme pour alléger les paiements directs des ménages.

Par ailleurs, il est ressorti que certains déterminants sont à la base des dépenses des ménages et parmi ceux-ci nous avons cité les conditions d'hygiène de vie des ménages, l'Habitat, l'alphabétisation au Sénégal et l'accès aux soins de qualité. Ces déterminants et bien d'autres doivent faire l'objet d'une étude spécifique et trouver des solutions si nous voulons réduire les paiements directs des ménages.

L'exécution de cet exercice a montré toute l'importance de disposer d'informations sur les flux financiers qui permettront une évaluation précise de la politique de couverture maladie universelle. Il est donc nécessaire que le Ministère de la Santé et de l'Action sociale élabore périodiquement et régulièrement les comptes de la santé afin d'améliorer la prise de décisions basées sur des faits.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**ANNEXES**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 1: arrêté n°11588 du 11 juillet 2017 portant création de la CES

**REPUBLIQUE DU SENEGAL**  
-----  
*Un Peuple –Un But– Une Foi*  
-----  
**Ministère de la Santé  
et de l'Action sociale**

11.07.2017 • 11588

**ANALYSE :** Arrêté portant création et fixant les règles  
d'organisation et de fonctionnement de la Cellule  
d'Economie de la Santé (CES).

**LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE,**

VU la Constitution ;  
Vu le décret n°2004-1404 du 04 novembre 2004 portant organisation du Ministère de  
la Santé et de la Prévention médicale;  
VU le décret n°2014 – 845 du 06 juillet 2014 portant nomination du Premier Ministre;  
VU le décret n°2014-853 du 09 juillet 2014 portant répartition des services de l'Etat et  
du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à  
participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les  
Ministères, modifié;  
VU le décret n°2014-867 du 22 juillet 2014 relatif aux attributions du Ministre de la  
Santé et de l'Action sociale ;  
VU le décret n°2015-855 du 22 juin 2015 portant composition du Gouvernement,  
modifié ;  
Sur la note de présentation du Directeur de la Planification, de la Recherche et des  
Statistiques (DPRS),

**ARRETE :**

**Article premier.-** Il est créé au sein du Ministère de la Santé et de l'Action sociale,  
une Cellule d'Economie de la Santé, rattachée à la Direction de la Planification, de la  
Recherche et des Statistiques.

Annexe 2: Tableau de croisement entre les régimes de financement et les agents de financement

Tableaux	FA Agents de financement	FA.1	FA.2	FA.3	FA.4	FA.5	FA.nec	FA.TOTAL
HF	Régimes de financement	Administrations publiques	Sociétés d'assurance	Sociétés (hors sociétés d'assurances)	Institutions sans but lucratif au service des ménages	Ménages	Agents de financement non spécifiés (n.c.a.)	All FA
HF.1	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	131 277 698 489	26 959 223 650					158 236 922 139
HF.1.1	Régimes de l'administration publique	131 111 703 590						131 111 703 590
HF.1.2	Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	165 994 899	26 959 223 650					27 125 218 549
HF.2	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé		4 067 294 955	1 535 009 463	19 424 996 311		191 092 585	25 218 393 314
HF.3	Paiement direct des ménages					226 368 492 045		226 368 492 045
HF.TOTAL	All HF	131 277 698 489	31 026 518 605	1 535 009 463	19 424 996 311	226 368 492 045	191 092 585	409 823 807 498

Annexe 3: Tableau de croisement entre groupe de maladies et les sources de financement

Tableaux standard CS 2013: Sénégal	FS.RI Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement	FS.RL1.1	FS.RL1.2	FS.RL1.3	FS.RL1.4	FS.RL1.5	FS.RL1.5.1	FS.RL1.5.2	FS.RL1.5.3	FS.RL1.nec	FS.RL.TOTAL
DIS	Classification des maladies / problèmes de santé	Administration publique	Entreprises	Ménages	IS BLSM	Reste du monde	Bailleurs bilatéraux	Bailleurs multilatéraux	Bailleurs privés	Unités institutionnelles non spécifiées fournissant des revenus aux régimes de financement (n.c.a.)	All FS.RI
<b>DIS.1</b>	<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>	<b>39 342 203 225</b>	<b>6 037 165 560</b>	<b>78 087 634 550</b>	<b>641 809 214</b>	<b>37 958 926 966</b>	<b>2 873 166 311</b>	<b>34 727 494 359</b>	<b>358 266 295</b>	<b>7 201 752</b>	<b>162 074 941 267</b>
DIS.1.1	VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	6 835 587 614	1 023 611 078	14 684 170 368	386 843 704	14 403 436 376	529 531 574	13 873 904 802		229 800	37 333 878 940
DIS.1.2	Tuberculose	5 450 634 270	947 653 309	12 861 920 268	88 805 634	2 719 378 048	216 532 264	2 502 845 783		195 840	22 068 587 368
DIS.1.3	Paludisme	6 423 895 929	898 214 258	11 129 634 006	24 412 364	11 240 672 537	1 085 547 077	9 940 625 553	214 499 907	1 132 560	29 717 961 653
DIS.1.4	Infections des voies respiratoires	6 913 373 235	1 182 153 730	14 395 225 354	27 889 664	592 871 669	174 280 586	418 591 083		1 841 472	23 113 355 123
DIS.1.5	Maladies diarrhéiques	1 856 063 756	340 299 101	3 820 193 426	15 471 892	889 168 791	55 121 877	834 046 914		560 448	6 921 757 412
DIS.1.6	Maladies tropicales négligées	2 914 167 737	392 029 049	5 279 495 891	22 376 827	857 946 084	451 239 597	362 940 099	43 766 388	71 168	9 466 086 757
DIS.1.7	Maladies évitables par la vaccination	6 374 461 245	706 084 307	9 447 447 412	62 402 746	7 091 648 345	308 960 259	6 682 688 086	100 000 000	3 072 608	23 685 116 664
DIS.1.nec	Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	2 574 019 441	547 120 728	6 469 547 825	13 606 383	163 805 116	51 953 078	111 852 038		97 856	9 768 197 350
<b>DIS.2</b>	<b>Santé de la reproduction</b>	<b>7 033 881 638</b>	<b>1 936 127 655</b>	<b>24 825 433 450</b>	<b>83 380 911</b>	<b>5 546 441 090</b>	<b>1 717 751 103</b>	<b>3 775 238 412</b>	<b>53 451 575</b>	<b>9 400</b>	<b>39 425 274 144</b>
DIS.2.1	Affections maternelles	958 499 826	307 669 655	3 870 470 584	5 728	349 535 444	325 525 841	24 009 603		600	5 486 181 837
DIS.2.2	Affections périnatales	1 599 680 576	405 851 804	7 197 991 290	7 149 002	221 793 862	103 094 675	77 032 520	41 666 667	800	9 432 467 334
DIS.2.3	Prise en charge d'une contraception (planning familial)	95 535 838	5 973 900	1 021 064 270		2 167 665 532	267 887 824	1 899 777 708		8 000	3 290 247 541
DIS.2.4	Accouchements	1 806 323 363	787 458 640	6 889 394 992		73 029 126	48 409 469	24 619 657			9 556 206 121
DIS.2.nec	Affections liées à la santé de la reproduction non spécifiées (n.c.a.)	2 573 842 035	429 173 656	5 846 512 313	76 226 180	2 734 417 126	972 833 294	1 749 798 924	11 784 908		11 660 171 311
<b>DIS.3</b>	<b>Carences nutritionnelles</b>	<b>2 598 561 474</b>	<b>134 077 026</b>	<b>2 555 748 474</b>	<b>86 497 883</b>	<b>10 109 133 868</b>	<b>3 556 347 004</b>	<b>6 490 953 531</b>	<b>61 833 333</b>		<b>15 484 018 724</b>
<b>DIS.4</b>	<b>Maladies non transmissibles</b>	<b>28 027 016 410</b>	<b>8 723 489 541</b>	<b>84 631 212 013</b>	<b>570 262 622</b>	<b>817 548 160</b>	<b>485 399 105</b>	<b>332 149 055</b>		<b>415 216</b>	<b>122 769 943 962</b>
DIS.4.1	Tumeurs	1 903 819 808	515 693 033	6 159 352 143	127 391	79 950 458	37 609 828	42 340 630		4 448	8 658 947 280
DIS.4.2	Maladies endocriniennes et métaboliques	1 902 559 904	353 361 181	4 019 033 795	333 017	45 223 353	28 019 220	17 204 133		6 000	6 320 517 251
DIS.4.3	Maladies cardiovasculaires	3 984 368 552	909 898 631	10 793 804 441	114 442 819	135 352 937	89 952 782	45 400 155		200 160	15 938 067 540
DIS.4.4	Troubles mentaux et du comportement, et affections neurologiques	4 020 401 728	964 813 757	14 183 167 367	342 733	107 682 237	62 862 613	44 819 624			19 276 407 822
DIS.4.5	Maladies de l'appareil respiratoire	1 978 490 460	491 961 623	5 367 519 747	1 031 562	55 883 298	33 002 574	22 880 724			7 894 886 691
DIS.4.6	Maladies de l'appareil digestif	4 163 104 116	1 353 572 194	11 316 528 061	1 172 507	152 680 922	86 359 705	66 321 217			16 987 057 801
DIS.4.7	Maladies de l'appareil urogénital	1 309 611 100	686 162 902	4 696 998 408		58 021 148	32 679 061	25 342 086			6 750 793 558
DIS.4.8	Troubles des organes des sens	1 980 058 304	1 473 382 024	10 265 357 167	445 296 523	59 510 763	35 060 970	24 449 793			14 223 604 781
DIS.4.9	Maladies bucco-dentaires	1 517 984 260	1 454 930 914	12 088 291 516	127 391	30 346 338	17 658 493	12 687 845		4 448	15 091 684 867
DIS.4.nec	Autres maladies, et maladies non spécifiées, non transmissibles (n.c.a.)	5 266 618 176	519 713 281	5 741 159 368	7 388 679	92 896 707	62 193 860	30 702 847		200 160	11 627 976 371
<b>DIS.5</b>	<b>Traumatismes</b>	<b>5 624 932 035</b>	<b>1 382 630 532</b>	<b>17 759 093 637</b>	<b>11 292 442</b>	<b>204 361 649</b>	<b>130 292 199</b>	<b>74 069 451</b>		<b>364 736</b>	<b>24 982 675 031</b>
<b>DIS.6</b>	<b>Non lié à une maladie spécifique</b>	<b>4 578 049</b>	<b>65 708 728</b>	<b>37 061 090</b>	<b>127 391</b>	<b>605 765</b>	<b>502 616</b>	<b>103 150</b>		<b>8 896</b>	<b>108 089 919</b>
<b>DIS.nec</b>	<b>Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées</b>	<b>11 636 356 377</b>	<b>3 077 022 502</b>	<b>29 699 348 014</b>	<b>3 705 754</b>	<b>562 431 803</b>	<b>169 952 092</b>	<b>392 479 712</b>			<b>44 978 864 451</b>
<b>DIS.TOTAL</b>	<b>All DIS</b>	<b>94 267 529 207</b>	<b>21 356 221 544</b>	<b>237 595 531 228</b>	<b>1 397 076 217</b>	<b>55 199 449 302</b>	<b>8 933 410 430</b>	<b>45 792 487 669</b>	<b>473 551 203</b>	<b>8 000 000</b>	<b>409 823 807 498</b>

Annexe 4: Tableau de croisement entre groupe de maladies et les fonctions

Fonctions des soins de santé	HC.1 Soins curatifs	HC.2 Soins de réadaptation	HC.3 Soins (de santé) de longue durée	HC.4 Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	HC.5 Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	HC.6 Soins préventifs	HC.7 Gouvernance, administration du système de santé et	HC.9 Autres services de soins de santé non	Tous HC
Maladies infectieuses et	35166344429	22472046		3310235387	53872457707	48659510218	21021456335	22465145	162074941267
Santé de la reproduction	11361579453	4835691		1943346827	14820534455	4250653636	7029295522	15028561	39425274144
Carences nutritionnelles	1528620982	152378		84676143	1307375831	11316681514	1245948079	563798	15484018724
Maladies non transmissibles	50913551619	13210447		5309555021	51188249447	2727232070	12588605918	29539440	122769943962
Traumatismes	7301432603	126253096		1631734166	11639231295	579457053	3701890057	2676762	24982675031
Non lié à une maladie spécifique	4926216	22	81288675	564188	14526398	2839487	3942539	2394	108089919
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	17543959350	3368623		1588449816	19606018549	835676610	5396358203	5033301	44978864451
	123820414652	170292301	81288675	13868561547	152448393683	68372050589	50987496651	75309400	409823807498

Apports et limites des développements récents des comptes de la santé : cas des dépenses par pathologie au Sénégal en 2013

Annexe 5: Tableau de croisement entre groupe de maladies et les facteurs de prestation

CFA Francs (XOF), Million		Facteurs de prestation de soins de santé	FP.1	FP.2	FP.3	FP.3.1	FP.3.2	FP.3.3	FP.3.4	FP.3.nec	FP.4	FP.5	FP.5.1	FP.5.2	FP.nec
Classification des maladies / affections			Rémunération des employés	Rémunération des professionnels	Equipements et services utilisés	Services de soins de santé	Biens de santé	Services non sanitaires	Biens non sanitaire	Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)	Consommation du capital fixe	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	Impôts	Autres rubriques de dépenses	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)
DIS.1		Maladies infectieuses et parasitaires	48 231 238 940	3 871 799 250	95 695 352 200	3 577 098 350	59 736 174 980	15 028 466 210	9 025 737 770	8 327 874 890	923 441 850	2 081 149 610	40 574 960	2 040 574 650	11 271 959 430
	DIS.1.1	VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	9 356 932 900	550 875 360	23 410 202 900	655 749 020	14 922 697 900	3 599 948 500	2 457 735 950	1 774 071 620	156 235 770	1 111 137 050	7 031 390	1 104 105 660	2 748 494 860
	DIS.1.2	Tuberculose	6 984 720 190	622 774 100	11 939 923 000	575 866 290	7 781 827 500	1 524 808 720	1 665 933 490	391 487 000	103 750 250	154 405 260	4 651 150	149 754 110	2 263 014 620
	DIS.1.3	Paludisme	6 777 878 610	1 694 220 080	19 451 029 510	651 071 710	13 920 536 360	3 143 570 860	1 409 901 020	325 949 560	116 128 010	179 534 330	5 220 900	174 313 430	1 499 171 110
	DIS.1.4	Infections des voies respiratoires	8 954 743 100	417 727 030	11 607 733 640	530 441 910	7 795 820 650	1 955 137 880	1 306 789 750	19 543 450	275 864 770	199 982 670	12 616 020	187 366 650	1 657 303 900
	DIS.1.5	Maladies diarrhéiques	2 384 935 850	61 386 720	3 935 226 230	149 931 450	2 196 567 300	1 150 025 350	423 539 350	15 162 780	63 133 640	58 517 020	2 533 190	55 983 830	418 557 950
	DIS.1.6	Maladies tropicales négligées	3 638 802 580	244 822 760	4 824 060 700	207 541 680	3 239 528 130	935 242 310	393 673 850	48 074 730	40 274 570	104 762 330	851 770	103 910 560	613 363 820
	DIS.1.7	Maladies évitables par la vaccination	6 622 621 970	215 978 360	15 388 100 680	288 432 680	6 624 301 410	1 896 270 020	831 625 010	5 747 471 560	44 495 350	239 998 450	385 440	239 613 010	1 173 921 830
	DIS.1.nec	Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	3 510 603 740	64 014 840	5 139 075 450	518 063 610	3 254 895 730	823 462 570	536 539 350	6 114 190	123 559 490	32 812 500	7 285 100	25 527 400	898 131 340
DIS.2		Santé de la reproduction	11 210 785 790	929 674 460	23 216 876 090	2 211 694 000	11 840 397 840	5 059 433 990	2 537 113 690	1 568 236 570	748 862 460	204 298 330	56 099 130	148 199 200	3 114 777 010
	DIS.2.1	Affections maternelles	1 854 727 960	21 936 220	3 070 828 880	132 514 760	1 788 032 230	435 039 280	413 620 740	301 621 870	143 636 410	14 134 940	10 415 210	3 719 730	380 917 420
	DIS.2.2	Affections périnatales	3 343 459 920	45 175 030	5 072 893 380	307 084 520	3 192 136 720	768 390 890	677 306 530	127 974 720	236 102 490	15 729 340	15 649 670	79 670	719 107 180
	DIS.2.3	Prise en charge d'une contraception (planning familial)	137 383 510	212 619 930	2 813 302 630	706 461 310	469 361 120	1 340 438 000	54 143 000	242 899 200	378 920	110 982 940	16 890	110 966 050	15 579 600
	DIS.2.4	Accouchements	3 180 173 280	23 421 900	5 278 000 490	513 180 450	3 245 444 370	809 272 070	707 170 720	2 932 880	315 315 120	26 192 870	26 134 110	58 760	733 102 470
	DIS.2.nec	Affections liés à la santé de la reproduction non spécifiées (n.c.a.)	2 695 041 120	626 521 380	6 981 850 710	552 452 960	3 145 423 400	1 706 293 750	684 872 700	892 807 900	53 429 520	37 258 240	3 883 250	33 374 990	1 266 070 340
DIS.3		Carences nutritionnelles	1 891 091 130	1 531 600 330	9 312 698 110	1 109 305 440	3 119 246 600	3 829 022 660	1 039 424 290	215 699 120	117 333 890	2 404 156 660	7 888 720	2 396 267 940	227 138 610
DIS.4		Maladies non transmissibles	36 110 236 950	1 502 538 490	68 356 944 470	4 536 458 110	40 684 819 910	13 382 758 830	9 354 972 460	397 935 160	6 255 356 320	515 817 710	275 908 210	239 909 500	10 029 050 070
	DIS.4.1	Tumeurs	2 644 565 110	31 029 340	4 852 317 550	588 250 650	3 123 321 070	700 315 710	406 009 590	34 420 530	80 066 240	7 497 290	6 659 550	837 740	1 043 471 730
	DIS.4.2	Maladies endocriniennes et métaboliques	1 868 254 580	259 882 960	3 440 607 800	263 072 390	2 053 962 960	465 449 850	343 385 200	314 737 400	99 329 870	25 636 630	7 609 290	18 027 340	626 805 390
	DIS.4.3	Maladies cardiovasculaires	5 419 826 120	475 922 370	8 422 079 780	560 236 750	5 532 190 520	1 227 039 780	1 090 281 800	12 330 930	252 536 110	98 632 080	16 329 170	82 302 910	1 269 071 090
	DIS.4.4	Troubles mentaux et du comportement, et affections neurologiques	5 711 046 180	84 272 300	10 070 228 930	1 039 976 120	5 466 534 390	1 858 189 270	1 695 567 220	9 961 930	1 527 340 690	59 890 400	57 436 270	2 454 130	1 823 629 370
	DIS.4.5	Maladies de l'appareil respiratoire	2 689 048 590	58 361 540	4 135 917 630	352 971 690	2 742 160 210	585 027 850	451 906 980	3 850 900	102 979 150	16 414 820	6 762 370	9 652 450	892 164 980
	DIS.4.6	Maladies de l'appareil digestif	5 817 310 900	125 042 060	8 835 478 680	699 905 230	5 839 474 600	1 297 468 710	988 988 370	9 641 770	307 999 280	34 283 940	23 552 840	10 731 100	1 866 942 950
	DIS.4.7	Maladies de l'appareil urogénital	2 273 109 290	25 719 890	3 664 550 830	194 240 730	2 331 307 880	599 653 270	536 185 750	3 163 200	273 542 520	26 112 210	22 347 880	3 764 330	487 758 820
	DIS.4.8	Troubles des organes des sens	3 289 767 630	170 544 500	9 785 568 890	392 455 910	8 333 111 070	635 749 720	421 318 330	2 933 860	81 846 520	68 771 450	4 541 100	64 230 350	827 105 800
	DIS.4.9	Maladies bucco-dentaires	3 362 787 440	188 014 750	7 615 308 100	71 016 230	2 304 681 370	2 248 952 590	2 989 231 420	1 426 490	3 415 566 140	131 616 690	122 762 600	8 854 090	378 391 740
	DIS.4.nec	Autres maladies, et maladies non spécifiées, non transmissibles	3 034 521 110	83 748 780	7 534 886 280	374 332 410	2 958 075 840	3 764 912 080	432 097 800	5 468 150	114 149 800	46 962 200	7 907 140	39 055 060	813 708 200
DIS.5		Traumatismes	8 328 296 480	117 525 100	13 784 163 560	1 417 790 110	8 702 302 000	2 308 526 950	1 333 156 320	22 388 180	290 051 900	72 547 500	18 256 600	54 290 900	2 390 090 480
	DIS.5.1	Brûlures	842 638 220	11 055 730	1 444 856 130	151 982 880	969 049 720	201 761 110	120 705 280	1 357 140	16 236 460	3 799 110	1 026 570	2 772 540	280 101 420
	DIS.5.nec	Autres Traumatismes	7 485 658 260	106 469 370	12 339 307 430	1 265 807 230	7 733 252 280	2 106 765 840	1 212 451 040	21 031 040	273 815 440	68 748 390	17 230 030	51 518 360	2 109 989 060
DIS.6		Non lié à une maladie spécifique	21 550 290	120 610	63 696 460	526 810	32 376 660	15 652 100	15 118 880	22 010	18 335 100	2 291 150	1 873 820	417 330	2 096 300
DIS.nec		Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	15 413 296 720	787 949 090	22 766 051 810	1 214 643 240	14 994 867 540	3 423 204 540	3 119 354 500	13 981 990	952 431 710	263 354 610	47 696 150	215 658 460	4 795 780 510

Annexe 6: Tableau de croisement entre groupe de maladie et les agents de financement

Tableaux standard CS 2013: Sénégal	FA Agents de financement	FA.1	FA.2	FA.3	FA.4	FA.5	FA.nec	FA.TOTAL
DIS	Classification des maladies / problèmes de santé	Administrations publiques	Sociétés d'assurance	Sociétés (hors sociétés d'assurances) (part de HF.RL1.2)	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Ménages	Agents de financement non spécifiés (n.c.a.)	All FA
<b>DIS.1</b>	<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>	<b>65 383 328 500</b>	<b>8 808 287 476</b>	<b>596 718 087</b>	<b>12 237 405 595</b>	<b>75 049 201 610</b>		<b>162 074 941 267</b>
DIS.1.1	VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	10 903 817 335	1 403 352 432	123 420 176	10 697 385 144	14 205 903 853		37 333 878 940
DIS.1.2	Tuberculose	7 767 995 201	1 325 300 031	90 211 990	472 188 960	12 412 891 187		22 068 587 368
DIS.1.3	Paludisme	17 517 307 391	1 277 353 019	94 525 528	113 617 972	10 715 157 743		29 717 961 653
DIS.1.4	Infections des voies respiratoires	7 256 286 912	1 851 053 475	108 961 055	227 197 701	13 669 855 981		23 113 355 123
DIS.1.5	Maladies diarrhéiques	2 658 983 395	541 894 077	31 384 413	59 196 021	3 630 299 507		6 921 757 412
DIS.1.6	Maladies tropicales négligées	3 337 606 724	595 577 729	40 501 264	430 376 134	5 062 024 906		9 466 086 757
DIS.1.7	Maladies évitables par la vaccination	13 244 732 577	1 018 363 323	63 369 517	201 839 486	9 156 811 760		23 685 116 664
DIS.1.nec	Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	2 696 598 965	795 393 391	44 344 145	35 604 176	6 196 256 673		9 768 197 350
<b>DIS.2</b>	<b>Santé de la reproduction</b>	<b>11 792 489 837</b>	<b>2 888 265 659</b>	<b>142 381 816</b>	<b>1 490 555 245</b>	<b>23 111 581 587</b>		<b>39 425 274 144</b>
DIS.2.1	Affections maternelles	1 303 054 595	456 014 886	21 915 632	761 069	3 704 435 655		5 486 181 837
DIS.2.2	Affections périnatales	1 815 826 172	571 498 967	40 201 924	8 524 161	6 996 416 109		9 432 467 334
DIS.2.3	Prise en charge d'une contraception (planning familial)	2 026 131 759	8 466 128	558 360	934 934 899	320 156 395		3 290 247 541
DIS.2.4	Accouchements	1 809 230 862	1 246 244 866	39 643 564	1 343 726	6 459 743 102		9 556 206 121
DIS.2.nec	Affections liés à la santé de la reproduction non spécifiées (n.c.a.)	4 838 246 449	606 040 812	40 062 334	544 991 390	5 630 830 326		11 660 171 311
<b>DIS.3</b>	<b>Carences nutritionnelles</b>	<b>7 853 852 603</b>	<b>192 218 343</b>	<b>12 563 101</b>	<b>4 938 890 608</b>	<b>2 486 494 069</b>		<b>15 484 018 724</b>
<b>DIS.4</b>	<b>Maladies non transmissibles</b>	<b>28 616 939 571</b>	<b>12 248 109 364</b>	<b>470 731 335</b>	<b>692 848 448</b>	<b>80 741 315 244</b>		<b>122 769 943 962</b>
DIS.4.1	Tumeurs	1 980 758 103	749 938 406	42 156 185	2 120 564	5 883 974 022		8 658 947 280
DIS.4.2	Maladies endocriniennes et métaboliques	1 933 939 750	527 970 009	28 815 173	6 159 192	3 823 633 127		6 320 517 251
DIS.4.3	Maladies cardiovasculaires	4 030 127 050	1 356 597 789	74 693 377	169 160 083	10 307 489 241		15 938 067 540
DIS.4.4	Troubles mentaux et du comportement, et affections neurologiques	4 112 387 596	1 337 866 525	71 502 908	3 018 913	13 751 631 879		19 276 407 822
DIS.4.5	Maladies de l'appareil respiratoire	2 017 241 350	697 786 380	36 799 564	3 042 106	5 140 017 290		7 894 886 691
DIS.4.6	Maladies de l'appareil digestif	4 302 692 594	1 856 052 868	90 778 395	3 718 016	10 733 815 928		16 987 057 801
DIS.4.7	Maladies de l'appareil urogénital	1 359 740 230	1 038 472 681	28 251 753	941 554	4 323 387 340		6 750 793 558
DIS.4.8	Troubles des organes des sens	2 007 888 266	1 989 602 732	41 141 354	450 819 870	9 734 152 560		14 223 604 781
DIS.4.9	Maladies bucco-dentaires	1 541 982 877	1 960 302 174	20 020 042	1 048 338	11 568 331 435		15 091 684 867
DIS.4.nec	Autres maladies, et maladies non spécifiées, non transmissibles (n.c.a.)	5 330 181 754	733 519 800	36 572 584	52 819 811	5 474 882 422		11 627 976 371
<b>DIS.5</b>	<b>Traumatismes</b>	<b>5 698 656 710</b>	<b>2 282 459 123</b>	<b>117 085 962</b>	<b>52 810 587</b>	<b>16 831 662 648</b>		<b>24 982 675 031</b>
<b>DIS.6</b>	<b>Non lié à une maladie spécifique</b>	<b>4 876 401</b>	<b>83 145 151</b>	<b>139 590</b>	<b>404 864</b>	<b>19 523 913</b>		<b>108 089 919</b>
<b>DIS.nec</b>	<b>Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)</b>	<b>11 927 554 867</b>	<b>4 524 033 489</b>	<b>195 389 571</b>	<b>12 080 964</b>	<b>28 128 712 974</b>	<b>191 092 585</b>	<b>44 978 864 451</b>
<b>DIS.TOTAL</b>	<b>All DIS</b>	<b>131 277 698 489</b>	<b>31 026 518 605</b>	<b>1 535 009 463</b>	<b>19 424 996 311</b>	<b>226 368 492 045</b>	<b>191 092 585</b>	<b>409 823 807 498</b>

Annexe 7: Tableau de croisement entre groupe de maladies et Age

	Age	0-11 mois	12-59 mois	5-14 ans	15-49 ans	50-59 ans	60 ans et plus	Tous AGE
<b>affections</b>								
<b>DIS.1</b>	<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>	15 714 853 264	14 725 801 349	28 676 441 897	70 352 479 420	13 247 200 804	18 851 292 233	162 074 941 267
<b>DIS.2</b>	<b>Santé de la reproduction</b>	4 087 239 624	2 706 206 846	5 290 896 117	20 342 777 089	2 601 162 232	4 350 394 408	39 425 274 144
<b>DIS.3</b>	<b>Carences nutritionnelles</b>	2 605 739 352	4 275 015 490	3 253 589 076	3 958 085 111	315 106 478	520 552 398	15 484 018 724
<b>DIS.4</b>	<b>Maladies non transmissibles</b>	9 560 326 673	9 623 472 970	18 718 778 050	54 143 798 824	11 282 511 526	19 441 055 920	122 769 943 962
<b>DIS.5</b>	<b>Traumatismes</b>	2 282 576 908	2 081 772 681	3 706 236 483	11 573 876 110	1 901 800 092	3 436 412 757	24 982 675 031
<b>DIS.6</b>	<b>Non lié à une maladie spécifique</b>	2 359 906	2 038 525	46 634 042	52 804 490	1 661 204	2 591 752	108 089 919
<b>DIS.nec</b>	<b>Autres maladies/affections et maladies/affections non</b>	4 275 268 168	4 422 245 154	6 988 583 273	20 112 999 003	3 794 192 362	5 364 744 342	44 978 864 451
<b>Tous DIS</b>		38 528 363 894	37 836 553 015	66 681 158 938	180 536 820 047	33 143 634 697	51 967 043 811	409 823 807 498

Annexe 8: Tableau de croisement entre groupe de maladies et Sexe

Classification des maladies / affections	Genre	GEN.1	GEN.2	Tous GEN
		Femme	Homme	
<b>DIS.1</b>	<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>	82 580 384 427	79 494 556 840	162 074 941 267
<b>DIS.2</b>	<b>Santé de la reproduction</b>	21 073 209 104	18 352 065 040	39 425 274 144
<b>DIS.3</b>	<b>Carences nutritionnelles</b>	9 178 475 090	6 305 543 634	15 484 018 724
<b>DIS.4</b>	<b>Maladies non transmissibles</b>	62 183 096 362	60 586 847 599	122 769 943 962
<b>DIS.5</b>	<b>Traumatismes</b>	12 656 005 071	12 326 669 961	24 982 675 031
<b>DIS.6</b>	<b>Non lié à une maladie spécifique</b>	55 046 981	53 042 938	108 089 919
<b>DIS.nec</b>	<b>Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)</b>	22 719 632 562	22 259 231 889	44 978 864 451
<b>Tous DIS</b>		210 445 849 597	199 377 957 901	409 823 807 498

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages

- 1- ANDS (2015), Enquête Démographie et la Santé Continue (EDS-Continue) 2014, Dakar, 270 pages.
- 2- ANSD (2014), *Enquête à l'écoute du Sénégal*, les Editions Ministère de l'Economie des Finances et du Plan, Dakar, 126 pages.
- 3- ANSD (2013), Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS) du Sénégal 2012-2013, Dakar, 250 pages.
- 4- ANDS (2012), Rapport d'Analyse des Dépenses Catastrophiques de Santé, les Editions MSAS, Dakar, 39 pages.
- 5- CAFSP (2008), *Rapport Final des Comptes Nationaux de la Santé 2006-2008 du Sénégal*, les Editions MSAS, Dakar, 71 pages.
- 6- CAFSP (2005), *Rapport des comptes Nationaux de la Santé du Sénégal*, les Editions MSPHP, Dakar, 87 pages.
- 7- Catherine Sermet, Thomas Renaud, Valérie Paris (Mai 2003), *Des comptes de la santé par pathologie : un prototype pour l'année 1998*, les Editions CREDES, Paris, 174 pages.
- 8- CPSSDS (2013), *Rapport des Comptes de la Santé du Mali*, les Editions Ministère de la santé, Bamako, 87 pages.
- 9- DPP (2013), *Rapport sur les Comptes de Santé 2013 du Bénin*, les Editions Ministère de la Santé, Cotonou, 4 pages.
- 10- DPRS, Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale (2013), *annuaire statistique 2013*, les Editions MSAS, Dakar, 176 pages.
- 11- Dr. Boubacar SARR (2007), *Situation Sanitaire du Sénégal*, Dakar, 35 pages.
- 12- Fatou Touré (2015), *l'accès aux soins de santé au Sénégal : Etude descriptive et explorative*, les Editions Univesiteit Gent, Geneeskunde, 79 pages.
- 13- Joseph Parfait OWOUNDI (2013), *Poids des Dépenses de Santé sur le Revenu des Ménages au Cameroun*, les Editions Ministry of Economy, Planning and Regional Development, Yaoundé- Cameroun, 27 pages.
- 14- Ministère de la Santé et des Services Sociaux canadien (2018), *Comptes de la Santé*, les Editions DCMSSS, Québec, 46 pages.

- 15- MSAS (2017), *Rapport des Comptes de la Santé 2013 du Sénégal*, les Editions MSAS, Dakar, 87 pages.
- 16- MSAS (2017), *Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle*, les Editions MSAS, Dakar, 33 pages.
- 17- MSAS (2013) *Compact-Sénégal, Accroître les efforts et les ressources pour la santé*, les Editions MSAS, Dakar, 18 pages.
- 18- MSHP (2010), *Rapport des Comptes Nationaux de la Santé 2006-2008*, les Editions MSHP, Dakar, 125 pages.
- 19- MSP (2009), *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018*, les Editions Ministère de la Santé, Dakar, 86 pages.
- 20- OCDE (2015), *Panorama de la Santé, les Indicateurs de la Santé OCDE*, Paris, 226 pages.
- 21- OCDE (2000), *Système des Comptes de la Santé*, les Editions Direction des relations publique et communication, Paris, 231 pages.
- 22- OMS (2014), *Rapport d'activité 2013 sur les Maladies non Transmissibles au Sénégal*, les Editions OMS, Dakar, 32 pages.
- 23- OMS (2011), *Système des Comptes de la Santé (SHA 2011)*, Editions OMS, Genève, 211 pages.
- 24- OMS (2003), *Guide d'élaboration des comptes de la Santé*, les Editions OMS, Genève, 343 pages.
- 25- ONUSIDA (2012), *Rapport de Situation sur la riposte Nationale à l'épidémie de VIH/SIDA Sénégal 2012-2013*, les Editions OMS, Dakar, 104 pages.
- 26- PNLN (2014), *Cadre stratégique National de lutte contre le paludisme 2004-2018 au Sénégal*, les Editions MSAS, Dakar, 93 pages.
- 27- PNT (2013), *Prise en charge de la Tuberculose au Sénégal : états des lieux et recommandations*, les Editions MSAS, Dakar, 74 pages.

## Les articles

- 28- Annie Fénina, Yves Greffroy, Corinne Minc, *Questions d'Economie de la Santé, les Dépenses de Prévention et les Dépenses de soins par pathologie en France*, n°111 Juillet 2006.
- 29- Richard Heijink, Thomas Renaud, *Questions d'Economie de la Santé, études des coûts par pathologie : une comparaison méthodologique entre cinq pays*, n°143 Juillet 2009.

## Les sites internet

30- République du Sénégal, Plan Sénégal Emergent [http // : www.sec.gouv.sn](http://www.sec.gouv.sn)

31- Sénégal : Vue d'ensemble [http // : www.BanqueMondiale.org](http://www.BanqueMondiale.org)

## Les mémoires

32- Dr. Boubacar Konia DIALLO (2007), *Contribution à l'élaboration des comptes de la santé d'une structure hospitalière : cas de l'hôpital Régional de Saint Louis*, Editions CESAG, 86 pages.

33- Dr. Koboé Konevi (2012), *Contribution à l'amélioration de la qualité des données du système d'information sanitaire à la division de lutte contre le SIDA au Sénégal*, les Editions CESAG, 100 pages.

## TABLE DES MATIERES

Dédicaces.....	i
Remerciements .....	ii
Liste des sigles et abréviations .....	iii
Liste des tableaux.....	iv
Liste des figures.....	v
Liste des annexes.....	vi
SOMMAIRE.....	vii
INTRODUCTION GENERALE .....	1
Résumé.....	2
INTRODUCTION .....	3
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE .....	5
Chapitre 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	6
1.1    PRESENTATION DU SENEGAL .....	6
1.1.1    Situation géographique du Sénégal.....	6
1.1.2    Situation administrative du Sénégal .....	6
1.1.3    Situation socio-économique du Sénégal .....	7
1.1.3.1    Religion.....	7
1.1.3.2    Education.....	8

<b>1.1.3.3 Economie .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1.4 La politique de Santé .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.5 Organisation sanitaire/Offre de services .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.6 Système d'information sanitaire au Sénégal .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1.7 Gestion de l'environnement interne et externe du système .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 PRESENTATION DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE (MSAS).....</b>	<b>12</b>
<b>1.2.1 Composition du MSAS (décret 2014).....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.2 Missions et objectifs du MSAS (lettre sectorielle de développement LSPD) 13</b>	
<b>1.2.3 Partenaires techniques et financiers du MSAS.....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 PRESENTATION DE LA DIRECTION DE LA PLANIFICATION, DE LA RECHERCHE ET STATISTIQUE (DPRS).....</b>	<b>15</b>
<b>1.3.1 Organisation de la DPRS .....</b>	<b>15</b>
<b>1.3.2 La mission de la DPRS .....</b>	<b>15</b>
<b>1.4 PRESENTATION DE LA CELLULE D'ECONOMIE DE LA SANTE 16</b>	
<b>1.4.1 La composition de la Cellule d'Economie de la Santé (CES). .....</b>	<b>16</b>
<b>1.4.2 Les missions de la CES .....</b>	<b>17</b>
<b>1.4.3 Les ressources de la CES.....</b>	<b>17</b>
<b>Chapitre 2 : ANALYSE THEORIQUE DE L'ETUDE.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>18</b>

2.1.1	CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE .....	18
2.1.2	QUESTION DE RECHERCHE PRINCIPALE .....	20
2.1.3	QUESTIONS DE RECHERCHE SPECIFIQUE .....	20
2.1.4	OBJECTIFS .....	21
2.1.4.1	Objectif général .....	21
2.1.4.2	Objectifs spécifiques .....	21
2.2	INTERET DE L'ETUDE .....	21
2.3	PROCESSUS D'ELABORATION.....	22
2.4	LIMITES DE L'ETUDE .....	22
<b>CHAPITRE 3 : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</b>		<b>23</b>
3.1	DEFINITION DES CONCEPTS.....	23
3.2	Le champ de la recherche .....	24
3.3	Les comptes de la santé par pathologie.....	25
3.4	Le processus d'élaboration des comptes de la santé.....	31
3.4.1	Les différentes phases d'élaboration des comptes de la santé .....	31
3.4.2	Le coût des comptes de la santé .....	31
3.4.3	Durée de construction des comptes de la santé .....	32
<b>DEUXIEME PARTIE : CADRE TRATIQUE DE L'ETUDE .....</b>		<b>33</b>
.....		33
<b>CHAPITRE 4 : LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE DES CS AU SENEGAL</b>		
.....		34

<b>4.1</b>	<b>Cadre institutionnel .....</b>	<b>34</b>
<b>4.2</b>	<b>Comité de pilotage .....</b>	<b>34</b>
<b>4.3</b>	<b>Comité technique .....</b>	<b>34</b>
<b>4.4</b>	<b>Choix méthodologiques .....</b>	<b>35</b>
<b>4.4.1</b>	<b>Collecte des données .....</b>	<b>35</b>
<b>4.4.1.1</b>	<b>Données secondaires .....</b>	<b>35</b>
<b>4.4.1.2</b>	<b>Données primaires .....</b>	<b>35</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Elaboration des questionnaires.....</b>	<b>35</b>
<b>4.4.3</b>	<b>Réalisation des enquêtes.....</b>	<b>36</b>
<b>4.4.3.1</b>	<b>Enquêtes réalisées par le comité technique .....</b>	<b>36</b>
<b>4.4.3.2</b>	<b>Enquêtes déléguées aux unités statistiques.....</b>	<b>36</b>
<b>4.4.3.3</b>	<b>Enquêtes réalisées par l'équipe d'enquêteurs de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD).....</b>	<b>37</b>
<b>4.4.3.4</b>	<b>Difficultés rencontrées lors de l'enquête .....</b>	<b>37</b>
<b>4.4.4</b>	<b>Traitement des données.....</b>	<b>38</b>
<b>4.4.4.1</b>	<b>La ventilation des données .....</b>	<b>39</b>
<b>4.4.4.2</b>	<b>L'extrapolation des données .....</b>	<b>39</b>
<b>4.4.4.3</b>	<b>Les clés de répartition des données .....</b>	<b>39</b>
<b>4.4.5</b>	<b>Estimation des dépenses des ménages.....</b>	<b>40</b>
<b>CHAPITRE 5 : ANALYSES ET INTERPRETATIONS DES RESULTATS .....</b>		<b>42</b>
<b>5.1</b>	<b>Le financement de la santé au Sénégal.....</b>	<b>42</b>

<b>5.1.1</b>	<b>Structures des dépenses totales par sources de financement.....</b>	<b>43</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Financement du système de santé en 2013.....</b>	<b>44</b>
<b>5.1.3</b>	<b>L'évolution des dépenses de ménages dans le financement de la santé</b>	<b>44</b>
<b>5.1.4</b>	<b>La structures des dépenses des ménages dans le financement de la santé</b>	<b>46</b>
<b>5.1.5</b>	<b>Répartition des paiement directs des ménages en 2013.....</b>	<b>47</b>
<b>5.2</b>	<b>Les dépenses courantes de santé en 2013.....</b>	<b>48</b>
<b>5.2.1</b>	<b>Les dépenses de santé courantes par fonction de soins .....</b>	<b>48</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Les dépenses courantes par sexe et groupe de maladies .....</b>	<b>49</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Les dépenses courantes par Age .....</b>	<b>51</b>
<b>5.2.4</b>	<b>Dépenses courantes par Age et par groupe de maladies .....</b>	<b>52</b>
<b>5.2.5</b>	<b>Les dépenses courantes de santé par groupe de maladie .....</b>	<b>53</b>
<b>5.2.6</b>	<b>Les dépenses courantes par groupe de maladie et par sources de</b>	
	<b>financement .....</b>	<b>55</b>
<b>5.2.7</b>	<b>Les dépenses courantes par groupe de maladie chez les ménages .....</b>	<b>56</b>
<b>5.2.8</b>	<b>Les dépenses des maladies non transmissibles chez les ménages. ....</b>	<b>57</b>
<b>5.2.9</b>	<b>Les dépenses courantes de santé par maladies infectieuses et</b>	
	<b>parasitaires chez les ménages.....</b>	<b>59</b>
<b>5.2.10</b>	<b>Les dépenses courantes par groupe de maladies chez PTF et</b>	
	<b>l'administration publique.....</b>	<b>61</b>
<b>Chapitre 6 : INTERPRETATIONS DES INDICATEURS ET LES</b>		
<b>DETERMINANTS DES DEPENSES CATASTROPHIQUES DES MENAGES..</b>		<b>63</b>

<b>6.1</b>	<b>Les indicateurs de base de sante.....</b>	<b>63</b>
6.1.1	Dépenses totales de santé en % du produit intérieur brut (PIB) .....	63
6.1.2	Dépenses totales de santé par habitant .....	64
6.1.3	Dépenses en capital de santé en % dépenses totales en santé .....	64
6.1.4	Dépenses publiques courantes de santé en % dépenses totales en santé 65	
6.1.5	Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé..	66
6.1.6	Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé .....	67
6.1.7	Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé .....	68
6.1.8	Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé.....	68
6.1.9	L'indice d'Abuja sur la santé .....	69
<b>6.2</b>	<b>Les indicateurs optionnels de sante.....</b>	<b>70</b>
6.2.1	Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	70
6.2.2	Dépenses des assurances maladies en % dépenses totales de santé ...	71
6.2.3	Dépenses des assurances maladies en % dépenses totales des ménages 72	
<b>6.3</b>	<b>Les déterminants des dépenses catastrophiques des ménages sur leur état de santé.....</b>	<b>73</b>
6.3.1	Conditions d'hygiène des ménages.....	73
6.3.2	Habitat des ménages .....	74
6.3.3	Alphabétisation au Sénégal .....	74

<b>6.3.4 L'accès aux soins de qualité .....</b>	<b>75</b>
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>80</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>88</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>89</b>

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE