



**CENTRE AFRICAIN
D'ETUDES SUPERIEURES
EN GESTION**

**INSTITUT SUPERIEUR
DE MANAGEMENT DE LA SANTE**

**PROGRAMME DE DESS EN ECONOMIE DE LA SANTE
8ème PROMOTION : 2005/2006**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

**THEME : CONTRIBUTION A L'ELABORATION DES
COMPTES DE LA SANTE D'UNE STRUCTURE
HOSPITALIERE : CAS DE L'HOPITAL SAINT JEAN DE DIEU
(THIES).**

Bibliothèque du CESAG



108383

Présenté par : M. AMARA DRAME

Sous la direction de :

Dr. EL HADJI GUEYE - Professeur au CESAG.

**le la Santé - Chef d'Equipe Système de
élioration de la qualité – INTRA HEALTH.**

M0114DSES07

2



DEDICACE

Je dédie ce travail à :

**MON REGRETTE PERE QUI, UN JOUR DU MOIS
D'OCTOBRE 1958, PRIT MA MAIN POUR ME
CONDUIRE A L'ECOLE ;**

**MA MERE POUR SON AFFECTION ET SON
ATTENTION INFINIES;**

**MA FAMILLE QUI A ACCEPTE LA SEPARATION
PHYSIQUE POUR LE TEMPS NECESSAIRE A
CETTE ETAPE DE MA VIE ET MARQUEE PAR
SON SOUTIEN DE TOUJOURS.**

Table des matières

Dédicace		i
Remerciements		ii
Liste de tableaux et graphiques		iii
Liste des annexes		iv
Acronymes		v
Chapitre I - Introduction		1
	Contexte et justification	1
	Question de recherche	5
	Objectifs de la recherche	6
	Méthodologie de la recherche	6
	Utilisation des résultats de l'étude	7
Chapitre II – Revue de la littérature et champ de la recherche		8
I	Les comptes nationaux de la santé	8
II	Les dimensions des comptes nationaux de la santé	12
III	Les dépenses de santé	13
IV	Evaluation des dépenses de santé	17
V	Proposition de classification des acteurs et des activités de santé	18
Chapitre III – Contexte de l'étude		20
I	Présentation géographique du Sénégal	20
II	Organisation administrative du Sénégal	20
III	Situation socio - économique	21
IV	Politique de santé	21
V	Le système de santé du Sénégal	23
1	Organisation du système de santé	23
	A – Secteur public	23
	B – Secteur privé	28
2	Ressources du système de santé	28
A	Infrastructures et équipement	28
B	Ressources humaines	30
VI	Financement de la santé	30
Chapitre IV – Présentation de l'Hôpital Saint Jean de Dieu		32
I	Présentation de la Région de Thiès	32
II	Présentation du département de Thiès	33
III	Présentation de l'Hôpital St Jean de Dieu	33
1	Organisation	34
2	Ressources matérielles	35
3	Ressources humaines	36
4	Prestations de l'Hôpital St Jean de Dieu	37
IV	Financement de la santé de l'HSJD	37
Chapitre V – Collecte et traitement des données		38
I	Choix de la période	38
II	Processus de collecte des données	38
III	Analyse des données	40
IV	Limites de l'étude	41
V	Identification des domaines d'activités de l'HSJD	41
VI	Méthode de détermination des dépenses de santé de l'HSJD	42

VII	Evaluation des dépenses de santé en 2004	43
A	Répartition des dépenses d'exploitation hors salaires et charges sur salaires	43
B	Répartition des dépenses salariales	47
VIII	Evaluation des dépenses de santé en 2005	51
IX	Estimation du coût des programmes de santé publique en 2004 et en 2005	52
X	Estimation des dépenses de médicaments	53
Chapitre VI – Présentation des résultats		55
I	Détermination des agents de financement	55
II	Détermination des sources de financement	59
III	Détermination des prestataires	60
IV	Détermination des agrégats des comptes de la santé de l'HSJD	61
1	La dépense courante de santé	61
2	La consommation médicale totale	61
V	Etablissement des comptes de la santé de l'HSJD	62
Chapitre VII - Interprétation des résultats		63
I	Interprétation de la partie sources de financement	63
II	Interprétation de la partie agents de financement	65
III	Interprétation de la partie prestataires	69
IV	Interprétation de la partie fonctions	72
V	Dépense courante de santé	74
VI	Dépenses pour les malades	75
VII	Consommation médicale totale	76
Conclusion et recommandations		78
I	Conclusion	78
II	Recommandations	80
Bibliographie		82
Annexes		85

REMERCIEMENTS

Je rends grâce à **Dieu le Tout Puissant** pour ses bienfaits à mon endroit.

Je remercie **mon feu Père** qui, un jour du mois d'octobre 1958, prit ma main pour me conduire à l'école. Que la terre lui soit légère ! Amen !

Je remercie **ma Mère** pour l'affection, la tendresse et l'attention qu'elle a toujours eues pour moi. J'exprime toute ma sympathie à **ma Famille** qui a accepté une séparation physique aussi longue, tout en me faisant bénéficier de son amour, pour me permettre de saisir l'occasion qui m'a été offerte.

Je suis reconnaissant de Son Excellence Monsieur le Ministre de la santé Publique, le **Professeur Amara CISSE** et du Secrétaire Général de ce département, **Docteur Momo CAMARA**, de l'opportunité qu'ils m'ont donnée pour cette formation que je souhaitais vivement.

Je remercie tout le personnel du Ministère de la Santé Publique pour son soutien et sa disponibilité, notamment :

Dr Ismaël Pogba GBANACE, Chef de Cabinet, pour les bonnes dispositions qu'il a prises en ma faveur ;

Dr Yéro Boye CAMARA, Conseiller en Politique Sanitaire, pour notre amitié traduite encore une fois par ses encouragements et son apport dans le déroulement de mon processus de formation ;

Dr Mohamed SYLLA, Conseiller chargé de Mission, le Sage pour ses conseils, ses encouragements et sa disponibilité ;

Dr Sékou CONDE Directeur National des Etablissements Hospitaliers et de Soins, **Dr Sidiki KEITA**, Coordinateur du Projet Santé 3 pour l'appui inestimable qu'ils m'ont apporté ;

Dr Aboubacar Sidiki DIAKITE, Inspecteur Général pour ses encouragements et sa disponibilité.

Je prie tous ceux que je n'ai cités d'être assurés que je ne les ai pas oubliés et que je leur suis reconnaissant de tout ce qu'ils ont fait pour moi. Qu'ils veuillent bien accepter de se reconnaître à travers cette liste.

Je remercie **Dr Kadidiatou MBaye**, Représentant de l'OMS en Guinée et tous ses collaborateurs dont **Dr Mamadou CISSE** qui ont diligenté mon dossier de formation.

J'adresse les mêmes remerciements à **Dr El Hadji GUEYE**, Professeur au CESAG et à **Dr Mo MENA** dont le concours et la patience m'ont permis de faire cette formation au moment souhaité. J'exprime ma gratitude à **Dr El Hadji GUEYE** et à **M. Daouda MBENGUE** qui ont accepté d'assurer la direction de ce travail. J'associe à cette marque de reconnaissance **tous les membres du Corps professoral, d'encadrement et de soutien de CESAG** sans lesquels je n'aurais pas pu atteindre mon objectif. Sans être exhaustif, ni limitatif, je prie chacun de s'y confondre. J'adresse mes remerciements à **MM Amani KOFFI** et **Moussa YAZI**, à **Mme Fatoumata GUEYE**, la disponible et à l'ensemble du personnel de l'Institut de Management de la Santé pour l'attention et la compréhension dont j'ai bénéficié de leur part.

Je remercie tout le personnel médical, paramédical et administratif de l'Hôpital St Jean de Dieu pour sa collaboration fructueuse et sa disponibilité au cours de ce processus.

Je ne saurais terminer sans exprimer mon amitié à tous les collègues de promotion avec lesquels j'ai partagé des moments inoubliables de sympathie et de fraternité. Il en est de même pour toutes les personnes anonymes qui, de quelque horizon qu'elles soient, ont de près ou de loin participé à cette étape inestimable de ma vie de quelque façon que ce soit.

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

N°Tableau/ Graphique	Contenu	Page
Tableau 1	Schéma de la dépense courante de santé	16
Figure 1	Schéma du système de santé du Sénégal	24
Tableau 2	Comparaison de la couverture en infrastructures du Sénégal aux normes de l'OMS.	29
Tableau 3	Situation comparative de la couverture en personnel de santé aux normes de l'OMS.	31
Tableau 4	Présentation administrative de la région de Thiès.	32
Tableau 5	Répartition des lits de l'HSJD entre les services	33
Tableau 6	Répartition du personnel médical et paramédical de l'HSJD.	36
Tableau 13	Répartition des dépenses d'exploitation de l'année 2004	44
Tableau 14	Récapitulation de la répartition des dépenses d'exploitation hors salaires	44
Tableau 15	Répartition des dépenses communes des services médicaux.	44
Tableau 17	Répartition des dépenses de salaires des services médicaux	44
Tableau 18	Répartition des salaires du personnel de maintenance	50
Tableau 19	Répartition des salaires des garçons et filles de salle	50
Tableau 20	Détermination des dépenses d'administration en 2005	52
Tableau 21	Coûts des programmes VIH/SIDA et TBC en 2004.	52
Tableau 22	Coûts des programmes VIH/SIDA et TBC en 2005	53
Tableau 23	Calcul du coût des médicaments en 2002 et en 2005	54
Tableau 24	Récapitulation des dépenses de santé en 2004 et 2005	54
Tableau 25	Situation des agents de financement de l'HSJD en 2004 et 2005.	59
Tableau 26	Situation des sources de financement en 2004 et 2005.	60
Tableau 27	Situation des prestataires en 2004 et 2005.	61
Tableau 28	Dépense courante de santé en 2004 et 2005.	61
Tableau 29	Consommation médicale totale en 2004 et 2005.	62
Graphique 1	Eléments constitutifs des sources de financement en 2004	63
Graphique 2	Eléments constitutifs des sources de financement en 2005	63
Graphique 3	Agents de financement en 2004	66
Graphique 4	Agents de financement en 2005	66
Graphique 5	Situation des prestataires en 2004	69
Graphique 6	Situation des prestataires en 2005	69
Graphique 7	Situation des fonctions en 2004	71
Graphique 8	Situation des fonctions en 2005	71
Graphique 9	Dépense courante de santé en 2004	73
Graphique 10	Dépense courante de santé en 2005	73
Graphique 11	Dépenses pour les malades en 2004	74
Graphique 12	Dépenses pour les malades en 2005	74
Graphique 13	Consommation médicale totale en 2004	76
Graphique 14	Consommation médicale totale en 2005	76
Graphique 15	Evolution des sources de financement 2004 - 2005	65
Graphique 15bis	Variation des sources de financement 2004 – 2005 en valeurs relatives	65
Graphique 16	Evolution des agents de financement entre 2004 et 2005	68
Graphique 16bis	Variation des agents de financement de 2004 à 2005	68
Graphique 17	Evolution des prestataires 2004 - 2005	70
Graphique 17bis	Variation des prestataires de 2004 à 2005 en valeurs relatives	70
Graphique 18	Evolution des fonctions 2004 - 2005	72
Graphique 18bis	Taux de variation des fonctions de 2004 à 2005 en valeurs relatives	73
Graphique 19	Variation de la dépense courante de santé de 2004 à 2005 en valeurs relatives	74
Graphique 20	Variation des dépenses pour les malades de 2004 à 2005 en valeurs relatives	75
Graphique 21	Variation de la consommation médicale totale de 2004 à 2005 en valeurs relatives	76

LISTE DES ANNEXES.

Numéro	Contenu	Page
Annexe 1	Tableau 7 – Statistiques des hospitalisations de l'HSJD de 200 à 2005	86
Annexe 2	Tableau 8 – Statistiques des journées d'hospitalisation de l'HSJD de 2004 et de 2005	86
Annexe 3	Tableau 9 – Statistiques de consultations externes et actes de kinésithérapie de 2001 à 2005	86
Annexe 4	Tableau 10 – Statistiques des urgences de l'HSJD de 2001 à 2005	86
Annexe 5	Tableau 11 – Activités du bloc opératoire de l'HSJD en 2004 et 2005	87
Annexe 6	Tableau 12 – Statistiques des explorations de l'HSJD de 2001 à 2005	87
Annexe 7	Classification des prestataires	88
Annexe 8	Classification des fonctions de santé	89
Annexe 9	Classification des agents de financement	90
Annexe 10	Classification des sources de financement	90
Annexe 11	Tableau 16 - Situation des dépenses salariales en 2004	91
Annexe 12	Tableau 16bis - Récapitulation de la répartition des dépenses de salaires et charges sur salaires en 2004	92
Annexe 13	Sources de financement X Agents de financement	93
Annexe 14	Agents de financement X Prestataires	94
Annexe 15	Agents de financement X Fonctions	95
Annexe 16	Prestataires X Fonctions	96
Annexe 17	Sources de financement X Agents de financement	97
Annexe 18	Agents de financement X Prestataires	98
Annexe 19	Agents de financement X Fonctions	99
Annexe 20	Prestataires X Fonctions	100

BIBLIOTHEQUE

ACROMYMES

- AF** : Agents de financement.
- ARV** : Anti-rétroviraux.
- BCI** : Budget Consolidé d'Investissement.
- CAS** : Cellule d'Appui et de Suivi.
- CESAG** : Centre Africain D'Etudes Supérieures en Administration et Gestion.
- CME** : Commission médicale d'établissement.
- CMT** : Consommation médicale totale.
- CNLS** : Comté National de Lutte contre le SIDA.
- CNS** : Comptes nationaux de la santé.
- CSBM** : Consommation de soins et biens médicaux.
- CSS** : Caisse de Sécurité Sociale.
- DCS** : Dépense courante de santé.
- DERF** : Direction des Etudes, Recherche et Formation.
- DPS** : Direction de la Prévision et de la Statistique.
- DTSI** : Dépense totale de soins individuels.
- ECG** : Echo - cardiogramme
- EPS** : Etablissement Public de Santé.
- FDD** : Fonds De Dotations.
- FP** : Fonction Publique.
- HSJD** : Hôpital Saint Jean de Dieu.
- IB** : Initiative de Bamako.
- IBNL** : Institution à but non lucratif.
- IO** : Infections opportunistes.
- IPRES** : Institution de Prévoyance Sociale.
- IRD** : Institut de Recherche et de Développement.
- ISAARV** : Initiative Sénégalaise d'Accès aux Anti-Rétroviraux.
- IST/SIDA** : Infections sexuellement transmissibles/Syndrome immunodéficitaire aigu.
- MSPM** : Ministère de Santé et de la Prévention Médicale.
- MST/VIH/SIDA** : Maladies sexuellement transmissibles/Virus/ Syndrome immunodéficitaire aigu.
- OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique.
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale.
- ONU** : Organisation des Nations Unies.
- OUA** : Organisation de l'Unité Africaine
- PDIS** : Programme de Développement Intégré de la Santé.
- PEV** : Programme Elargi de Vaccination.

PMI : Protection maternelle et infantile.

PNB : Produit National Brut.

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire.

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme.

PNT : Programme National de lutte contre la Tuberculose.

PO : Plan Opérationnel.

PS : Prestataires de services.

PTME : Programme national de Transmission Mère et Enfant.

RDM : Reste du monde.

SCS : Système de Comptes de la Santé.

SF : Sources de financement.

TBC : Tuberculose.

USAID (United States Agency For International Development) : Agence Internationale pour le Développement).

VHP : Véhicules pour handicapés

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre I – INTRODUCTION

Contexte et justification

Au début des indépendances, les pays africains ont vécu l'Etat providence où l'Etat devait fournir les services de santé et en assumer financièrement les charges de fonctionnement.

A l'époque, la couverture sanitaire (A. Letourmy, 1996) était faible et dans la plupart des cas, l'accès aux soins par la médecine conventionnelle était réservé à une frange de « privilégiés » de la population.

Très tôt, les décideurs ont pris conscience de cette situation. Ils avaient compris qu'il y a une corrélation entre santé et développement et que celui-ci ne peut pas se réaliser en dehors d'une population en bonne santé (Notes de cours Développement et santé, 2006).

A cet effet, ils ont fait de la santé et de l'éducation des priorités parmi leurs préoccupations majeures.

C'est pourquoi le droit de l'accès aux services de ces deux secteurs est explicitement inscrit dans la Constitution des différents Etats et dans la Charte de l'OUA (Tétévi Dodzi Abodjan Cité de Jean du Bois de Gaudusson et al, 1997).

Par exemple, l'article 14 de la Constitution de la République du Sénégal stipule :

« L'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille »

Conséquemment, les choix politiques et économiques ainsi que les stratégies qui ont été mises en place ont permis d'augmenter les capacités de prise en charge par ces secteurs.

Cependant, très vite, des difficultés économiques ont fortement pesé sur les dépenses des secteurs sociaux. En effet, la mise en oeuvre des choix politiques et économiques a montré qu'il y a un déséquilibre entre les ressources disponibles, mais limitées, et les besoins sans cesse croissants des populations. Pour ce qui concerne particulièrement le système de santé, cet accroissement est dû à certains facteurs dont entre autres :

- le taux de croissance démographique relativement élevé,
- l'émergence, la réémergence, la propagation de certaines maladies parmi lesquelles l'on peut citer les MST/VIH/SIDA, la tuberculose, le diabète, etc....
- la recrudescence, la non maîtrise et la persistance du paludisme qui est l'une des principales causes de mortalité.

Pour faire face aux besoins de santé sans cesse croissants, les Etats ont dû accroître les capacités de prise en charge. En revanche, les ressources deviennent insuffisantes pour financer le coût de fonctionnement du système et assurer l'accès à

des services sociaux de qualité. Les Etats sont amenés à opérer des restrictions dans les allocations budgétaires en faveur du secteur (A. Letourmy, 1996).

Au Sénégal par exemple, la population est passée de 2,8 millions d'habitants en 1960 (date d'accession du pays à l'indépendance) à 6,9 millions en 1988. Ces chiffres indiquent que le nombre d'habitants a été multiplié par 2,46 en 28 ans. Par ailleurs, au cours de la même période 1960-1988, la densité de la population est passée de 14 habitants au km² à 35 habitants au km². La même source indique qu'en 2004, la population du Sénégal est estimée à 11,4 millions, soit plus du quadruple de celle de 1960 (World Development Indicators data base, avril 2006).

Ainsi, l'on a assisté au dysfonctionnement des systèmes : des pénuries diverses, des ruptures dans l'approvisionnement en médicaments (A. Letourmy, 1996), la vétusté des équipements et la dégradation des infrastructures, tous éléments compromettant les capacités de production et la qualité des soins. Cette situation provient des perturbations survenues dans les systèmes économiques et sociaux des pays, perturbations dues elles-mêmes à une multitude de facteurs tant endogènes qu'exogènes.

Parmi les facteurs endogènes, l'on peut citer :

- la faible capacité de mobilisation des ressources,
- la mauvaise qualité de la répartition, de l'utilisation et de la gestion des ressources,
- l'inexistence de véritable politique de développement.

Quant aux facteurs exogènes, l'on peut noter :

- la détérioration des termes de l'échange,
- la crise économique des années 1970,
- la hausse du prix des produits pétroliers
- et surtout la pernicieuse et accablante spirale de l'endettement.

Pour redresser cette situation, les Etats sous l'impulsion de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International, ont adopté de nouvelles stratégies de développement économique en mettant en œuvre des programmes d'ajustement structurel (assainissement des finances publiques, désengagement de l'Etat des secteurs de production...). Ceux-ci ont montré leurs limites car l'on a assisté à la baisse progressive des ressources de l'Etat et à l'appauvrissement des populations.

En effet, le service de la dette a englouti des sommes importantes qui auraient pu être utilisées pour les services sociaux dont l'éducation et la santé. Selon les statistiques de l'OCDE, l'aide publique au développement n'est que de 0,25% en 2004 (Statistiques et graphiques de l'OCDE, avril 2005), soit un peu plus du tiers le tiers du niveau préconisé par l'ONU, malgré l'application des programmes d'ajustement structurel dont les points d'achèvement « concluants » font bénéficier aux pays des fonds de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés. Bien que ces ressources aient été affectées essentiellement aux secteurs sociaux, ceux-ci ont le plus souffert. Il s'agit de :

- la santé de base y compris les services de la santé de reproduction
- l'éducation de base
- les programmes de nutrition,
- l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement.

Dans ce contexte, une utilisation rationnelle des moyens disponibles s'impose. C'est dans cette optique que la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne ont engagé des réformes en vue d'améliorer l'efficacité et la gestion des systèmes de santé. L'objectif visé par ces réformes est d'assurer un accès universel et durable à des services sociaux de qualité à toutes les couches de la population.

Pour atteindre cet objectif, des changements d'orientation politique et économique ont été opérés par l'adoption des stratégies suivantes :

- le recouvrement des coûts des prestations auprès des usagers et l'établissement d'une liste de médicaments essentiels ;
- la contribution des communautés par leur implication dans la prise en charge de leurs problèmes de santé ;
- l'introduction de la vente des médicaments génériques dans les formations sanitaires pour aider les populations à financer leurs dépenses de santé
- la mise en oeuvre du processus de la décentralisation du système de santé par exemple par la réforme des hôpitaux qui deviennent ainsi des établissements publics administratifs de santé ;
- l'encouragement de l'émergence du secteur privé...

Toutefois, l'Etat continue à intervenir financièrement dans le secteur et à jouer son rôle de régulation. Mais, l'apport de son budget dans le fonctionnement du secteur de la santé est de loin inférieur au coût de la prise en charge des besoins des personnes devant bénéficier de ses allocations.

Pour piloter le système de santé en vue d'une utilisation optimale et rationnelle des ressources qui sont rares, chaque pays a mis en place un service d'informations sanitaires qui sert essentiellement pour la planification, le suivi et l'évaluation des activités du secteur. Les informations fournies par ce service, grâce aux outils qui ont été élaborés et adoptés, ont des limites, car elles ne permettent pas l'intégration des activités de tous les intervenants dans le domaine de manière à obtenir des données portant sur les niveaux des interventions, la provenance des fonds absorbés par le système et les bénéficiaires dans l'utilisation des ressources. Elles ne permettent pas non plus de :

- disposer d'indicateurs pour aider les décideurs à facilement faire des choix judicieux entre les objectifs de santé,
- évaluer l'ensemble des méthodes alternatives de financement,
- faire des allocations de ressources de façon efficace et efficiente à des activités pertinentes,
- déterminer les activités pour lesquelles les ressources ont été consommées.

Les comptes nationaux de la santé qui retracent les flux financiers selon leurs origines, leur distribution entre les acteurs et les prestations, permettent de répondre à ces préoccupations. C'est ce qui justifie l'appui et l'impulsion de certains partenaires

(OMS, USAID), à aider les pays en développement à élaborer leurs comptes nationaux de la santé et dans certains cas leurs sous comptes par pathologie.

Les comptes nationaux de la santé sont l'un des comptes satellites de la comptabilité nationale. Ils évaluent chaque année le montant de l'ensemble des postes de la consommation médicale. Ils décrivent ensuite le financement de l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé. Ils fournissent des informations relatives à l'analyse spécifique de la fonction santé.

Ils permettent de répondre à des questions telles que :

- Qui dans le pays finance ou paie pour les soins de santé ?
- Comment les fonds sont-ils répartis entre les producteurs de services ou entre les activités de santé ?
- Combien dépense chaque personne physique ou morale, et pour quels types de services ?
- Qui bénéficie des dépenses de santé ?

Les comptes nationaux de la santé s'inscrivent dans un cadre macro – économique. Ils sont conçus également pour identifier les inégalités éventuelles dans le secteur de la santé, les tendances des dépenses pour les services/activités en rapport avec certaines maladies, par exemple le VIH/SIDA. Leur mise en œuvre périodique permet de comparer les tendances dans le temps et dans l'espace (entre les pays, les régions d'un pays), d'évaluer l'efficacité des stratégies qui ont été préalablement définies et de formuler des stratégies pour faire face aux problèmes du secteur.

Dans cette optique, ils peuvent permettre de déceler des déséquilibres et des injustices dans la répartition des dépenses de santé et permettre ainsi de faire des prévisions financières sur les besoins du système sanitaire.

Cette approche d'information par les Comptes de la Santé d'une formation sanitaire trouve tout son intérêt dans l'analyse sectorielle et dans la mise en œuvre de la politique de décentralisation en cours dans nos pays. Elle constitue un élément important dans l'application de la stratégie de recouvrement des coûts des prestations des services de santé auprès des usagers des systèmes de santé. Elle peut permettre d'évaluer l'utilisation des ressources en relation avec tous les intervenants dans le dispositif de financement de la santé à l'intérieur d'une zone géographique ou administrative ou d'une structure de santé, par exemple.

En effet, les déséquilibres, disparités et injustices révélés à partir des comptes de la santé peuvent, au-delà du cadre national, se situer au niveau des zones géographiques ou administratives ou de la pyramide sanitaire. Il est dans ces conditions intéressant d'adopter une approche micro dans le but d'approfondir l'analyse, d'avoir plus de détails sur le système de santé et de disposer d'un outil d'aide à la prise de décision pour corriger les déséquilibres et injustices constatés à un niveau donné. Dans ces conditions, les choix que l'on ferait et les décisions que l'on serait amené à prendre pourraient se révéler plus judicieux.

L'élaboration des comptes de la santé en général et à l'Hôpital St Jean de Dieu (HSJD) en particulier s'inscrit dans ce cadre. Elle se justifie d'une part par l'apport de cette institution privée à but non lucratif et par la place qu'elle occupe dans la santé

des populations du pays en général et de celles de la région de Thiès en particulier, par le rôle qu'elle a joué dans le financement de la santé au Sénégal d'autre part.

Selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2002, la région de Thiès occupe la deuxième place après Dakar au point de vue démographique, au Sénégal. La densité de la population est de 198 habitants au km², chiffre qui est de loin supérieur à la moyenne nationale de 35 habitants au km². Elle est la zone pionnière dans l'implantation des mutuelles de santé avec la concrétisation de la première initiative mutualiste à Fandène en 1989 à travers l'Hôpital St Jean de Dieu (HSJD).

Depuis sa mise en fonction en 1983 jusqu'en 2003, cet établissement hospitalier a été géré par l'Ordre Hospitalier des Frères St Jean de Dieu qui assurait le financement de tous les besoins en fournitures, matériels et autres de l'établissement. A l'époque, il offrait ses services à moindre coût aux pauvres grâce à cette sorte de subvention dont il bénéficiait de la part de son administrateur. Il est alors appelé l'hôpital des pauvres.

Mais, en 2003 interviennent la rupture de la convention de gestion avec l'Ordre Hospitalier des Frères St Jean de Dieu et la suspension du soutien qu'apportait ce dernier pour le fonctionnement de l'institution. Depuis, celle-ci est confrontée à des difficultés de financement.

Pour poursuivre ses activités et faire face aux difficultés financières, cet établissement a été amené en 2005 à prendre un certain nombre de mesures. Il a notamment procédé à une augmentation de ses tarifs. Il a en outre décidé de facturer séparément les analyses biomédicales des malades hospitalisés alors que celles-ci étaient auparavant comprises dans les frais d'hospitalisation. Ces dispositions pourraient compromettre sa viabilité et la pérennité des prestations à cause de l'inaccessibilité financière par les usagers, elle-même liée au coût élevé des prestations. Conséquemment, la région de Thiès peut connaître une réduction significative de sa capacité de prise en charge médicale de la population. Il est, dans ces conditions, souhaitable que l'Etat prenne la relève du financeur initial comme il l'a d'ailleurs fait en 2004 et, à l'occasion, confier la mission de service public à cette structure hospitalière.

Question de recherche

Après le retrait de l'ordre des Frères St Jean de Dieu, les ménages sont les principaux financeurs des services et biens de santé à l'Hôpital Saint Jean de Dieu.

La présente recherche à l'HSJD doit permettre de répondre aux questions ci-après :

1. Qui finance les biens et services de santé à l'HSJD ?
2. Qui paie ou achète les biens et services de santé à l'HSJD ?
3. Quels sont les prestataires de la santé à l'HSJD ?
4. Quelles sont les prestations de santé fournies à l'HSJD ?
5. Combien est dépensé et pour quels types de biens et services de santé et entre quels prestataires de l'HSJD ?
6. Les ménages sont-ils les premiers financeurs des dépenses de santé à l'HSJD ?

7. Les dépenses en médicaments constituent-elles la principale composante de la consommation des soins et biens médicaux à l'HSJD?

Objectifs de la recherche

Objectif général

Elaborer les comptes de la santé de l'Hôpital St Jean de Dieu.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer les principaux agrégats des comptes de santé de l'Hôpital St Jean de Dieu (HSJD), à savoir :
 - la consommation des soins et biens médicaux
 - la consommation des soins de la médecine préventive
 - la consommation médicale totale
 - la dépense courante de santé.
2. Analyser ces agrégats de l'HSJD en fonction des sources de financement, des intermédiaires ou agents de financement, des prestataires, des prestations et de la dépense courante de santé, de la consommation médicale totale.
3. Proposer une méthodologie d'élaboration des comptes de santé adaptée à un hôpital (mécanismes, outils de collecte)

Méthodologie de la recherche

La recherche s'est effectuée selon les étapes suivantes :

- Revue de la littérature
- Identification des intervenants dans la santé à l'hôpital St Jean de Dieu de Thiès : financeurs, payeurs, prestataires, usagers.
- Identification des données à collecter
- Identification des sources des données
- Conception des outils de collecte des données (questionnaires)
- Administration des questionnaires pour la collecte des informations
- Analyse des données collectées
- Traitement des données par l'utilisation du logiciel Excel en vue de déterminer les différents agrégats
- Elaboration des comptes de la santé.
- Présentation et discussion des résultats.
- Conclusion et recommandations issues des résultats obtenus.

Pour élaborer les comptes de santé, nous nous sommes inspiré des principes fondamentaux du Système de Comptes de la Santé (SCS) de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). Ce système qui est flexible peut être adapté à chaque contexte (OMS, 2003). Il permet d'établir une série de neuf tableaux. Cependant, pour les besoins de cette recherche, nous n'en élaborerons que les quatre principaux tableaux qui, d'une part répondent à nos questions, d'autre part montrent les flux de fonds de la manière suivante:

1. Des sources de financement aux agents de financement
2. Des agents de financement aux prestataires

3. Des agents de financement aux fonctions
4. Des prestataires aux fonctions

Utilisation des résultats de l'étude

Cette étude est une contribution à l'élaboration des comptes de santé sur le plan micro-économique. Elle s'inscrit dans le cadre de l'apprentissage à l'application des connaissances que nous avons acquises au cours de notre formation au CESAG.

Elle peut servir comme outil de prise de décision destiné :

- Aux autorités sénégalaises nationales et locales pour apprécier la part des ressources qu'apporte chaque intervenant dans le domaine de la santé à Thiès et l'utilisation qui en est faite en relation avec les activités et les prestataires, et orienter les éventuelles réformes qui s'imposent pour améliorer le fonctionnement et la productivité de l'hôpital,
- Aux prestataires des soins pour connaître mieux les coûts particuliers de leurs services,
- Aux bénéficiaires des biens et services qui peuvent mesurer les efforts fournis par les différents acteurs pour assurer leur santé et l'utilisation qui est faite de leurs contributions,
- Aux partenaires pour connaître la destination de leurs apports à la santé à Thiès ainsi la part qu'ils occupent dans le financement du secteur.

Dans tous les cas, les comptes de la santé constituent un document d'information et de plaidoyer à la disposition de tous les intervenants (décideurs, partenaires, prestataires, usagers) dans le secteur.

Chapitre II – REVUE DE LA LITTÉRATURE ET CHAMP DE LA RECHERCHE

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. Cette recherche porte sur un hôpital qui est une entité micro-économique faisant partie intégrante du système de santé du Sénégal. La revue de la littérature est une source d'inspiration qui permet d'appréhender les concepts, les méthodes, de circonscrire le champ des investigations et d'orienter les recherches à mener.

I – Les comptes nationaux de la santé :

Dans le Guide pour l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé avec des applications spécifiques pour les pays à faible et moyen revenu (OMS, 2003), les comptes nationaux de la santé retracent les flux financiers qui traversent le système de santé d'un pays. A partir des tableaux qu'ils présentent, ils peuvent aider à identifier le rôle de chaque intervenant dans le financement de la santé (administrations publiques, ménages, industries, organismes externes) car, les résultats inscrits dans ces tableaux est basée sur les classifications standardisées des intervenants, des prestataires et des prestations. Ils rendent compte des relations entre les différents éléments, autrement dit les relations entre le financement, les prestations et les résultats des biens et services de santé dispensés (K. B. MARCEL, CESAG, 2006).

Dans le cadre de l'examen de dépenses du secteur de la santé, certains pays africains dont la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Niger, le Sénégal ont réalisé la revue de leurs dépenses de santé. Mais dans la plupart des ces cas, il s'est agi de l'examen des dépenses publiques du secteur. Cet exercice a permis à ces pays de déceler les difficultés du financement du secteur. Par exemple, en Côte d'Ivoire, il a été constaté que les dépenses de fonctionnement n'ont augmenté que légèrement en passant de 9,3% à 9,6% du budget général de fonctionnement de l'Etat entre 1992 et 1994. En Guinée, la revue des dépenses a révélé que les dépenses courantes ont suivi partiellement la hausse du budget de l'Etat, les dépenses salariales ont occupé une part importante des dépenses courantes (83,6% en 1991) ne laissant ainsi que le reste aux autres dépenses de fonctionnement (produits pharmaceutiques, maintenance du matériel...).

Ces constats ont amené les autorités à revoir la distribution des ressources publiques.

Les comptes de la santé s'intéressent aux dépenses de santé. Dans le sens des comptes nationaux de la santé, les dépenses nationales de santé englobent toutes les dépenses liées aux activités dont le but essentiel est de restaurer, améliorer, entretenir et promouvoir la santé d'une nation et des individus sur une période donnée, généralement un an. Cette définition s'applique indépendamment de la nature des institutions qui fournissent les soins et qui financent l'activité de santé.

Les activités menées dans ce cadre sont assurées par le système de santé dont le rôle est :

- de mobiliser et de canaliser les ressources vers les institutions qui les utilisent pour la consommation individuelle et collective ;
- d'offrir une protection financière contre la charge économique et l'appauvrissement de l'individu suite à la survenue de la maladie qui entraîne des dépenses catastrophiques.

Ainsi, « au niveau d'un pays, les activités des soins de santé comprennent l'ensemble des activités exercées par des institutions ou des individus qui mettent leurs connaissances et leur maîtrise des techniques médicales, paramédicales et infirmières au service des objectifs ci-après :

- Promouvoir la santé et prévenir les maladies ;
- Guérir les malades et réduire la mortalité prématurée ;
- Prendre soin des malades chroniques requérant des soins infirmiers ;
- Prendre soin des personnes atteintes de déficiences, d'incapacités ou de handicaps requérant des soins infirmiers ;
- Concevoir et mettre en œuvre des actions de santé publique ;
- Concevoir et gérer des programmes sanitaires, des mécanismes d'assurance maladie et d'autres mécanismes de financement » (Manuel sur le SCS de l'OCDE, page 46).

Comme on le voit, les activités de santé sont limitées « aux techniques médicales », ce que l'on pourrait appeler la médecine moderne ou conventionnelle. Or, dans les pays en développement, la médecine traditionnelle occupe une place importante dans la santé des populations. C'est à elle que celles-ci, pauvres et essentiellement composées de personnes exerçant leurs activités dans le secteur informel, font généralement recours. C'est en cas d'aggravation de la maladie qu'elles se tournent vers les structures sanitaires formelles.

Les CNS ont été mis en place dans 68 pays à travers le monde (Atelier sur les CNS tenu à Conakry, 2005), chacun le faisant en fonction de ses préoccupations ou des objectifs recherchés. Le processus de mise en place des Comptes Nationaux de la santé est relativement récent. Mais, les conclusions auxquelles ont abouti certaines études ont affecté les politiques du secteur de la santé dans les pays qui ont réalisé cet exercice.

Ainsi, le gouvernement de l'Afrique du Sud post-apartheid a utilisé les résultats des CNS pour atteindre l'un des objectifs politiques les plus importants, à savoir : une distribution plus équitable des ressources de santé. La réalisation des CNS a révélé que les dépenses générales de santé moyennes de l'Etat par personne étaient 3,6 fois plus élevées dans les districts les plus riches du pays que dans les districts les plus pauvres. Ces derniers, caractérisés par un mauvais accès géographique aux agents de santé, aux hôpitaux et aux cliniques, ont tendance à être les zones où les problèmes de santé sont les plus graves. Les résultats dégagés par les CNS ont amené le gouvernement sud africain à ordonner un moratoire sur la construction d'hôpitaux privés, habituellement construits dans les quartiers les plus riches où l'accès aux soins de santé étaient déjà le plus facile. Le moratoire n'a été levé qu'après que les autorités ont adopté des lois et règlements exigeant une évaluation des besoins quand la construction d'un hôpital est proposé, cela afin de réaffecter les

ressources de santé. Ce moratoire a illustré le désir du gouvernement de prendre un rôle actif en coordonnant et en réglementant l'emploi des ressources publiques et privées dans l'objectif d'une répartition plus équitable des ressources de santé (PHR plus, 2003).

Aux Philippines, les CNS ont été utilisés pour évaluer l'impact de la décentralisation du système de santé entamée en 1993. Avant les réformes, le financement public central et régional pour les services de santé publique tels que la vaccination dont bénéficient tous les habitants à titre individuel et collectif, était faible. Le financement de l'Etat était même en diminution. Les CNS réalisés entre 1991 et 1997, avant et après les réformes, ont montré qu'après les réformes les dépenses gouvernementales pour la santé publique avaient en fait augmenté, la part du secteur public passant de 25% à 35%. Cela était dans une large mesure la conséquence d'un accroissement du financement par les Collectivités locales qui, en 1997, affectaient plus de la moitié de leurs ressources aux soins de santé publique.

Les résultats des CNS aux Philippines ont montré que la décentralisation n'avait pas de conséquences négatives sur les dépenses de santé publique par les Collectivités locales. En réalité, les dépenses ont augmenté au niveau local. La mise en oeuvre annuelle des CNS a permis de comprendre beaucoup plus clairement l'impact de la décentralisation sur les soins de santé (Schwartz et al. 2000).

Au Liban, l'élaboration des CNS pour 1998 a mis en évidence des dépenses excessives pour la santé (près de 12,5% du PIB), beaucoup plus que dans les autres pays à revenus intermédiaires ayant les mêmes caractéristiques socio-économiques. L'analyse de ce constat a permis de comprendre que le système de « paiement à l'acte » en était la raison. En effet, en l'absence de prestataires de soins publics, le Gouvernement permettait aux habitants de se faire soigner dans le secteur privé et de se faire rembourser par l'Etat pour chaque service. Cette politique a contribué à des taux d'utilisation élevés entraînant des coûts aussi élevés.

En conséquence, le Gouvernement prend les dispositions nécessaires pour réaliser des réformes dans les paiements aux prestataires de soins. Le système de « paiement à l'acte » cède la place au système de « paiement à la capitation » avec l'introduction d'un barème de rémunération. Il identifie également les procédures médicales qui peuvent être réalisées sans hospitalisation du patient à la place du système actuel plus coûteux de traitement avec hospitalisation (PHR plus, 2003).

Au Mali, l'étude effectuée en 1993 (S. COULIBALY et al. 1993) a montré que les rôles semblent répartis entre les ressources de l'Etat qui ont essentiellement servi à financer les dépenses récurrentes et les ressources extérieures qui sont utilisées au titre des investissements.

Au Maroc (Ministère de la Santé, 2003), les CNS ont établi entre autres que le financement de la dépense globale est assuré principalement par les ménages à hauteur de 59% (54% par les paiements directs et 4% à travers les cotisations en tant qu'employés et supportaient 60% de la consommation médicale), l'Etat et les entreprises privées pour respectivement 26% et 5%. Par ailleurs, les dépenses de santé sont réparties entre les distribution de produits pharmaceutiques (37%), les soins ambulatoires (31%), les soins hospitaliers (20%), encadrement du système (7%), la prévention et la formation (1%).

Les comptes de la santé du Maroc ont révélé que les iniquités du système sont liées autant au financement qu'à l'accès aux services de soins publics. Ces services sont parfois plus utilisés par les couches aisées de la population au détriment des plus démunies, particulièrement à l'hôpital. La gratuité des services hospitaliers profite plutôt aux riches qu'aux pauvres. Les conclusions qui en ont été tirées amènent les autorités à accélérer les réformes entreprises par le Ministère de la Santé et visant à étendre l'assurance maladie obligatoire, à instaurer un mécanisme institutionnel et la solidarité d'assistance médicale des populations économiquement faibles, à améliorer le management des hôpitaux et à repenser son organisation.

En Egypte, les résultats des CNS ont été utilisés pour identifier les problèmes, servir de catalyseur pour le changement en indiquant l'ampleur des problèmes. Ils ont servi de document de plaidoyer entre le Ministère de la Santé et de la Population et les bailleurs de fonds internationaux. Ce dialogue a permis la conception et la mise en œuvre institutionnalisée d'une initiative de restructuration des soins de santé primaires. Ainsi, ces résultats ont fourni au Ministère de la Santé des informations pertinentes pour convaincre l'Assemblée Nationale du Peuple, le public et les fonctionnaires du Ministère de la façon dont les soins de santé primaires étaient organisés et financés et du besoin de restructuration du secteur. Le programme de réforme qui en a résulté a été mutuellement accepté par tous les acteurs et a pu bénéficier du soutien financier nécessaire à sa mise en œuvre (PHR plus, Rapport sommaire de politique générale – L'utilisation des CNS pour informer le processus de décision politique).

Au Rwanda, l'élaboration des CNS avait été élargie pour y inclure l'analyse spécifique sur le VIH/SIDA. Les résultats ont montré que les ménages supportaient 93% du financement des dépenses relatives à cette pandémie, celles-ci représentant 29% des dépenses totales des ménages pour la santé. Ils ont révélé l'insuffisance du financement des bailleurs de fonds à destination du programme traitant de cette maladie. Ils ont ainsi permis de concevoir et de mettre en œuvre des interventions politiques ciblées en vue d'améliorer le financement des activités de prévention et d'augmenter l'accès aux services de soins de santé de base pour les séropositifs sidéens. Les informations obtenues à partir des CNS ont incité la communauté de bailleurs de fonds à augmenter leurs contributions en ciblant spécifiquement le VIH/SIDA. Il a été institutionnalisé l'incorporation d'un volet spécial sur cette maladie en vue de fournir des informations qui sont régulièrement mises à jour et augmenter l'efficacité des programmes de santé ciblés (PHR plus, Rapport sommaire de politique générale – L'utilisation des CNS pour informer le processus de décision politique).

Ces cas illustratifs ont porté sur la dimension nationale soit dans le cadre général du système de santé, soit sur des pathologies. L'on pourrait faire l'exercice sur le plan micro par exemple sur une structure sanitaire.

L'expérience internationale en matière de CNS suggère un certain nombre de dimensions que l'on peut prendre en considération. Certaines de ces dimensions sont plus adaptées à l'évaluation ou à la formulation des politiques de santé tandis que d'autres le sont dans le cadre de l'évaluation de la dépense totale (OMS, 2003). Mais, en général, les objectifs communs portent sur les réponses aux questions suivantes :

1. Qui finance le système de santé ?
2. Qui paye pour les soins et biens de santé et pour quelles activités ?
3. Qui fournit les biens et services et avec quelles ressources ?
4. Comment les fonds sont-ils répartis ?
5. Qui bénéficie des dépenses de santé ?

II - Les dimensions des comptes nationaux de la santé :

1 – Qui finance le système de santé ?

La réponse à cette question permet d'identifier les sources de financement.

Les sources de financement (SF) sont des organisations ou entités nationales ou étrangères qui fournissent les fonds utilisés dans le système de santé par les agents de financement. Elles participent au financement de la santé en mettant en commun les ressources à la disposition d'autres acteurs en vue d'atteindre le même objectif, celui de produire les soins et les biens de santé au bénéfice de ceux qui en ont besoin : les malades.

Les sources de financement peuvent être internes, publiques ou privées ou se situer en dehors du cadre national (Reste du monde). Il faut noter que les prêts en faveur des Etats doivent être considérés comme provenant des ressources publiques même s'ils peuvent être inscrits dans le Reste du monde (RDM).

L'identification des sources de financement permet de mesurer l'adéquation des ressources avec les besoins de soins et concevoir les stratégies pour les accroître.

2 – Qui paye pour les soins les soins de santé et combien est dépense ?

Il s'agit d'indiquer les acteurs qui paient les producteurs pour les biens et services de santé qu'ils fournissent à ceux qui en ont besoin. Ce sont les Agents de financement (AF).

Les AF les agents intermédiaires entre les sources de financement et les prestataires de services ou les fournisseurs de biens médicaux. Ils reçoivent les fonds de ces derniers et se chargent de les mettre en commun et de les distribuer en achetant les soins et les biens auprès des prestataires. Autrement dit, ils canalisent les fonds fournis par les sources de financement et les utilisent pour payer ou acheter les activités comprises dans le champ des comptes de la santé.

La détermination des agents intermédiaires permet de mesurer la correspondance de la charge financière de la maladie aux moyens utilisés pour la couvrir et d'évaluer l'équité de la distribution du poids financier.

3 – Qui fournit les biens et services et avec quelles ressources ?

Ce sont ceux qui participent à la production des biens et des services ou activités qui font partie du champ des Comptes de la santé défini plus haut. Ils représentent les prestataires de services et les distributeurs de biens médicaux (PS).

L'on doit prendre en compte dans le contexte de nos pays, parmi les prestataires de soins et biens médicaux, la médecine traditionnelle et les autres structures qui mènent des activités de santé même si ces structures exercent dans l'illégalité.

4 – Comment les fonds destinés aux soins et biens de santé sont-ils répartis entre les différentes interventions et activités médicales ?

Les fonds reçus par les agents de financement servent à acheter et à payer les services et biens fournis par les différents prestataires en matière de santé. Ainsi, cette question appelle à identifier les activités ou les interventions qui sont menées en vue d'améliorer l'état de santé des populations et de déterminer ce qui est produit et ce qui est dépensé pour lutter contre la maladie et promouvoir la santé.

Ainsi, l'on peut identifier les ressources affectées aux fonctions et à l'occasion déterminer les priorités du système de santé.

5 – Qui bénéficie des dépenses de santé ?

L'objectif ici est de s'assurer de l'équité dans la distribution des ressources pour la prise en charge du coût de la maladie des individus ou des collectivités et de réduire son effet néfaste sur les couches pauvres ou vulnérables.

Tout cet exercice est basé sur la détermination d'agrégats, les dépenses de santé qui constituent l'essence des comptes de la santé.

III – Les dépenses de santé :

Les dépenses de santé sont appréhendées chaque année par les Comptes de la Santé qui retrace l'ensemble des dépenses effectuées dans le domaine de la santé. Les Comptes de la santé représentent un des comptes satellites de la Comptabilité Nationale.

Cependant, il faut signaler que la Comptabilité nationale et les Comptes de la santé n'ont pas la même approche dans l'appréhension de certains paramètres.

En effet, l'approche de la comptabilité nationale est basée sur la production et les facteurs de production. Elle considère les régimes d'assurance comme des transferts aux ménages et les ménages comme consommateurs effectifs des biens et services. Par ailleurs, elle considère le coût d'un hôpital d'entreprise comme élément du coût de production. De même, pour elle, les cotisations versées par une entreprise au titre de l'assurance maladie sont des suppléments de salaires et la consommation finale correspondante de biens et services revient à la charge des ménages.

Par contre, les comptes nationaux de la santé donnent l'image de la consommation et du financement des biens et services de santé. Ils classent les régimes d'assurance maladie parmi les financeurs directs des biens et services distincts du secteur des ménages. Le coût d'un hôpital d'entreprise fait partie des dépenses de santé. Enfin, la comptabilité nationale intègre l'exportation des biens et services dans les facteurs de production alors que les comptes nationaux de la santé ne prennent en compte que la part de la consommation domestique.

Ainsi, les Comptes de la santé permettent d'identifier l'origine des ressources financières affectées aux dépenses dans le domaine de la santé, la répartition de l'effort financier entre les différents acteurs du système et l'utilisation qui en est faite.

Les comptes de la santé distinguent différents agrégats, à savoir :

- la consommation médicale totale,
- la dépense courante de santé,
- la dépense nationale de santé.

1 - La consommation médicale totale ou dépense totale en soins de santé individuels :

La consommation médicale totale se compose de : la consommation de soins et de biens médicaux (soins hospitaliers, soins ambulatoires, médicaments, autres biens médicaux) et de la médecine préventive.

La dépense totale en soins de santé individuels (DTSI) ou consommation de services et biens médicaux (CMT) est un des principaux agrégats des comptes de la santé. Elle est la somme des dépenses enregistrées pour les soins des individus qu'elle ne confond pas avec en contrepartie des soins médicaux et des services de prévention individualisables dispensés durant une année. Elle ne prend pas en compte les services collectifs en santé publique.

Autrement dit, elle représente la valeur des services et biens médicaux acquis sur le territoire national par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction directe de leurs besoins individuels de santé. Il s'agit des services et biens marchands (achats auprès des prestataires privés tels que les cabinets médicaux, les cliniques, les hôpitaux privés) ou non marchands acquis auprès des prestataires organisés et financés à plus de 50% de leurs besoins par une administration, par exemple les prestataires du secteur public de la pyramide du système de santé du Sénégal.

Selon la classification adoptée par les pays membres de l'Organisation de la Coopération et de Développement Economiques (OCDE), la consommation médicale totale est composée de deux éléments :

- la consommation de soins et biens médicaux (CSBM),
- la consommation de services de médecine préventive individualisée

La consommation des soins et biens médicaux comprend :

- a) les soins hospitaliers et en sections médicalisées (soins de longue durée aux personnes âgées) sont constitués par l'ensemble des services (soins et hébergement) fournis par les hôpitaux du secteur public (y compris les établissements privés participant au service public hospitalier, les établissements militaires et pénitentiaires) et les hôpitaux du secteur privé ;
- b) les soins ambulatoires qui correspondent aux activités des médecins, des dentistes et des auxiliaires médicaux, aux actes techniques et exploratoires, aux analyses biomédicales, à l'imagerie médicale et aux cures thermales,
- c) les biens médicaux sont composés des médicaments et des autres biens médicaux que sont les prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés

physiques (VHP), lunetterie, pansements et petit matériel à condition qu'ils soient consommés en dehors de l'hospitalisation. Ces biens peuvent être acquis sur prescription ou non.

d) les transports sanitaires,

La consommation de médecine préventive individuelle est composée des volets suivants :

- a) la prévention individuelle primaire qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies : la vaccination en est un exemple type avec les actions de la PMI et du Planning, la médecine du travail et la médecine scolaire
- b) la prévention individuelle secondaire dont le but est de repérer les maladies avant leur développement. Le dépistage en est la pratique par excellence. Il concerne principalement les tumeurs, les IST, la tuberculose, le SIDA et les hépatites. Les examens de santé et les bilans bucco-dentaires font également partie de la prévention secondaire.

Il faut noter que le but des services de médecine préventive est d'éviter l'apparition ou la complication des maladies et des accidents. Ils concourent aussi à des activités de santé publique et regroupent principalement des activités de surveillance et de diagnostics médicaux individuels. Dans le cadre de la CMT, l'on ne prend en considération que les interventions individualisées à visée de prévention uniquement sanitaire.

La consommation médicale totale est un concept moins large que celui de la dépense de santé, car elle exclut les indemnités journalières et les dépenses de prévention collective, de recherche et de gestion.

2 – La dépense courante de santé :

La dépense courante de santé (DCS) mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé. Elle regroupe l'ensemble des paiements intervenus au cours d'une année dans le domaine de la santé. C'est la somme des dépenses engagées par les financeurs de l'ensemble du système de santé (Etat, Sécurité sociale, collectivités locales, organismes de protection complémentaire du risque maladie, mutuelles, sociétés d'assurance privées, instituts de prévoyance maladie, ménages, partenaires).

Elle se distingue de la consommation médicale totale sur deux plans :

- 1) elle couvre un champ plus large en prenant également en compte les éléments suivants : les indemnités journalières, les subventions reçues par le système de santé assimilées à des dépenses, les dépenses de recherche et de l'enseignement, les dépenses de gestion de l'administration sanitaire ;
- 2) la CMT la consommation des soins hospitaliers publics est évaluée par les dépenses de fonctionnement courant alors que dans la DCS les dépenses correspondent aux recettes de l'établissement. Or, la consommation de soins ne correspond pas forcément dans le temps avec l'opération de règlement.

La dépense courante de santé comprend quatre sous-ensembles qui sont :

- la dépense pour les malades (CMT, indemnités journalières versées aux assurés amenés à cesser le travail pour cause de maladie, maternité ou accident de travail) ;
- la dépense en faveur du système de soins (dépenses publiques et privées consacrées à l'enseignement médical, paramédical et à la recherche médicale et pharmaceutique),
- la dépense de prévention et de contrôle sanitaire (en direction des comportements, les campagnes de vaccination et de dépistage, éducation à la santé, hygiène du milieu, lutte contre la pollution, prévention des accidents de travail, prévention individuelle) ;
- la dépense de gestion et de l'administration générale de la santé (fonctionnement des administrations publiques du système de santé, gestion des prestations de soins par les mutuelles, gestion des administrations privées de santé).

L'on peut schématiser ces agrégats par le tableau suivant :

Tableau 1 : Schéma de la dépense courante de santé.

DEPENSE COURANTE DE SANTE Effort au cours d'une année au titre de la fonction santé par l'ensemble des financeurs		
CONSOMMATION MEDICALE TOTALE <ul style="list-style-type: none"> - Consommation des biens et services médicaux - Prévention individuelle 	AUTRES DEPENSES INDIVIDUELLES <ul style="list-style-type: none"> - Indemnités journalières - Subventions 	DEPENSES COLLECTIVES <ul style="list-style-type: none"> - Prévention collective - Recherche - Formation - Gestion

Source : Eco Santé

3 – La dépense nationale de santé :

Le concept de dépense nationale de santé est utilisé par les pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique en vue de permettre de faire des comparaisons entre eux.

La dépense nationale de santé est évaluée à partir de la dépense courante de santé en déduisant les indemnités journalières, les dépenses de recherche et de formation du personnel médical et paramédical, et en ajoutant la formation brute de capital fixe du secteur hospitalier public.

IV – Evaluation des dépenses de santé :

L'évaluation des dépenses de santé sur le plan de la consommation des biens et services médicaux se fait différemment selon que l'exercice concerne les structures publiques ou les structures privées.

Par contre, s'agissant des autres éléments des dépenses de santé sont identiques et l'évaluation est réalisée de la même manière.

Il faut préciser à ce titre que les éléments de dépenses sont pris en considération non pas au moment du paiement, mais au moment de la fourniture des biens ou services.

1 – Evaluation de la production des soins médicaux dans le secteur public :

❖ Evaluation de la production des soins dans le secteur public :

Le secteur public étant non marchand, sa production est évaluée par la somme des charges d'exploitation (consommation de biens et services, rémunération des salaires). Ainsi, la valeur de la production des soins et biens médicaux est mesurée par les coûts et non par les prix payés par les consommateurs.

❖ Evaluation de la production des soins médicaux dans le secteur privé :

L'évaluation de la production des soins du secteur privé est faite selon les cas sur la base des frais de séjour, des honoraires des praticiens libéraux, du forfait journalier dans la mesure où ces paramètres correspondent aux paiements effectués en contrepartie des prestations fournies aux malades. Autrement dit, les dépenses de soins sont calculées en prenant en compte les paiements effectués par les agents de financement aux prestataires en rémunération des services vendus.

2 – Evaluation des biens médicaux :

L'évaluation de la consommation des biens médicaux peut être faite sur la base des chiffres d'affaires des distributeurs détaillants de médicaments et autres biens médicaux ou sur la base d'estimation. Il s'agit de la valeur de ces biens destinés à la consommation finale.

3 – Evaluation de la dépense de prévention

La dépense de médecine de travail est évaluée à partir des coûts qu'elle engendre pour les entreprises tandis que la dépense de médecine scolaire est évaluée à partir des financements que lui accordent les différents bailleurs (Etat et ses démembrés, partenaires).

4 – Evaluation de la dépense courante de santé :

L'évaluation de la dépense courante de santé se fait de la même manière que celle des postes de la consommation médicale totale, à l'exception de ce qui concerne les hôpitaux publics. La dépense des soins hospitaliers de ce secteur mesure ce qui a été fait au titre des soins, c'est-à-dire :

- la dotation globale versée par les régimes de Sécurité Sociale
- les versements des régimes de sécurité sociale hors dotation globale
- les versements au titre de l'aide aux malades
- les versements à la charge des malades.

5 – Evaluation des dépenses en de recherche, de formation et en capital :

Les dépenses de recherche et de formation du personnel médical et paramédical sont déterminées à partir des financements consacrés aux activités des centres de recherche et des établissements de formation en matière de santé.

Les dépenses en capital sont composées de la valeur des actifs non financiers, à savoir : les nouvelles acquisitions en bâtiment et en équipement, les rénovations majeures, les frais de maintenance de plus d'un an (les grosses réparations).

V - Proposition de classification des acteurs et des activités

La classification et la catégorisation des acteurs et des activités du système de santé sont une conséquence logique de l'établissement des comptes de la santé. Cet exercice permet de présenter la dépense de santé quel que soit l'agrégat considéré, en plusieurs dimensions pour répondre aux questions posées au départ, à savoir :

Qui distribuent les fonds ?

Qui fournissent les fonds ?

Qui exécutent les activités ?

Comment les activités sont-elles produites et qui en bénéficient ?

Ces dimensions constituent les principaux groupements qui peuvent être utilisés pour les classifications croisées entre deux dimensions. L'OCDE a déjà adopté le procédé par lequel les matrices ou les tableaux peuvent être présentés.

A la lecture de ces matrices, il apparaît d'une part que les systèmes de santé des pays de l'OCDE n'ont pas la même configuration que celle des pays en développement, certains éléments de ceux-là n'existant pas dans la réalité de ceux-ci. Il s'agit par exemple des soins en sections médicalisées. Par contre, la médecine traditionnelle et quelques structures privées qui ne sont pas souvent établies dans le respect de la réglementation, occupent une part importante dans la prestation des soins de santé dans nos pays. Il s'avère intéressant dans ces conditions d'adapter la nomenclature à nos réalités.

1 - Classification des prestataires de santé :

La classification des prestataires peut être faite en tenant compte de l'organisation du système de santé qui est composé des secteurs public et privé. Le secteur public est structuré de façon pyramidale. Il est constitué des cases de santé, postes de santé, centres de santé, hôpitaux régionaux, des hôpitaux et programmes nationaux. Cette classification prend en considération le découpage administratif et territorial du pays. Elle offre l'avantage de tenir compte de besoins des populations et de l'adoption de l'approche basée sur l'accessibilité graduelle en partant des soins de santé primaires de proximité aux niveaux supérieurs de référence.

Par ailleurs, le secteur privé, qu'il soit à but lucratif ou non a la même configuration. Il comporte des postes de santé, des cabinets médicaux, des cliniques et des hôpitaux qui peuvent bien s'intégrer dans le système national de santé.

La classification des prestataires sur la base de leur statut public et privé et de leur position sur la pyramide sanitaire permet de mesurer les efforts financiers consentis à chaque niveau d'une part, de faire la discrimination entre la contribution des prestataires relevant des collectivités nationales ou décentralisées et celle des structures privées, ces dernières pouvant être à but lucratif ou non. Cette classification est présentée dans l'annexe (Annexe 7 - Liste des prestataires) .

Il faut préciser que :

- les hôpitaux privés à but non lucratif comprennent aussi les hôpitaux d'entreprises
- les postes et centres de santé privés à but non lucratif prennent en compte les structures confessionnelles de ces catégories et les infirmeries d'entreprises

2 – Classification des fonctions de santé :

Les fonctions de santé représentent les activités menées par les prestataires de soins et biens médicaux et fournies aux usagers en contrepartie de paiements effectués par les agents de financement. La liste des fonctions de santé est présentée dans l'Annexe 8.

Il faut signaler, à la lecture de cette liste, que les activités de prévention des maladies non transmissibles se rapportent à celles qui sont menées dans le cadre du paludisme, de l'onchocercose, du ver de Guinée tandis que les maladies transmissibles concernent par exemple le SIDA et la tuberculose.

3 – Classification des agents de financement :

Cette classification peut se baser sur l'existence des secteurs public et privé. Ainsi, les agents de financement du secteur public prennent en compte ceux qui exercent leurs activités dans le cadre de l'assurance des fonctionnaires et des salariés des sociétés et entreprises parapublics bien que ceux-ci bénéficient de l'autonomie financière et de gestion. La classification apparaît en Annexe 9 (Liste des agents de financement).

4 – Classification des sources de financement :

Les sources de financement se distinguent en sources publique, privée, et le reste du monde. Il faut préciser que les emprunts publics font partie des sources publiques. Les sources privées sont constituées par les apports qui ne proviennent ni de l'administration centrale, ni de l'administration locale (collectivités locales et autres structures publiques centrales ou décentralisées). Il s'agit des ressources fournies par les ménages à travers les assurances, les mutuelles de santé, les paiements directs ainsi que celles des entreprises et des sociétés (liste dans l'Annexe 10).

Chapitre III – CADRE DE L'ETUDE.

L'hôpital St Jean de Dieu évolue dans le contexte de la politique et du système de santé du Sénégal. Il contribue à l'amélioration de l'état de santé des populations de ce pays en général, de celles de la région de Thiès en particulier. Dans ce cadre, il est important de connaître l'organisation et le fonctionnement du système national de santé et les résultats socio- économiques auxquels a abouti la mise en œuvre des différentes stratégies afin de mieux étudier le cas de l'hôpital St Jean de Dieu.

I. Présentation géographique du Sénégal :

Le Sénégal est situé au bord de l'Océan Atlantique entre le 12°8 et 16°41 de latitude Nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. Il est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée Bissau et la République de Guinée, à l'Ouest par l'Océan Atlantique. La Gambie est située entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor. Elle forme une enclave sur le cours inférieur du fleuve de même nom.

Il a une superficie de 196.192 km² et une population de 10,112 millions d'habitants en 2004. Le taux d'accroissement démographique est de 2,4% par an. [World Development Indicators data base, avril 2006].

Ses ressources en eaux sont formées de quatre fleuves qui sont :

- le Sénégal,
- la Gambie,
- le Saloum et
- la Casamance.

La construction des barrages sur le fleuve Sénégal, en particulier celui de Diama à Ziguinchor, a permis la maîtrise des ressources hydrauliques, le développement des activités agricoles, de l'élevage, de la navigation, de l'approvisionnement en eau potable et des ressources énergétiques.

Le pays fait la transition entre la zone sahélienne où il pleut très peu et la zone tropicale humide. Le climat est de type soudano sahélien caractérisé par l'alternance d'une saison sèche allant de novembre à mai et d'une saison des pluies allant de juin à octobre. Cependant, cette alternance varie de trois mois (de juillet à septembre) au nord à six mois dans l'extrême sud à la frontière guinéenne. Mais, les pluies sont capricieuses. Le retard et l'insuffisance créent de l'angoisse croissante dans le monde rural quand le début du mois de juillet s'annonce sec.

II. Organisation administrative du Sénégal :

Depuis 2002, le Sénégal est divisé en 11 régions, 34 départements qui sont eux-mêmes subdivisés en sous-préfectures, communes, communautés rurales et villages. Le village ou le quartier correspond à la cellule administrative de base. Chaque niveau est dirigé par une autorité à savoir :

- un gouverneur et un président de conseil régional pour chaque région,
- un préfet par département,
- un sous-préfet par arrondissement,
- un maire par commune,
- un président par communauté rurale,
- un chef de village ou de quartier au niveau le plus périphérique.

III. Situation socio-économique :

Le Sénégal est l'un des pays les plus industrialisés de l'Afrique de l'Ouest. La plupart des multinationales s'y sont implantées. Cependant, le tourisme est la deuxième ressource du pays après la pêche.

Le sous-sol est malheureusement pauvre bien que le Sénégal soit le deuxième producteur et exportateur de phosphate dans le monde. Les prospections ont montré la présence de l'or dans la partie orientale du pays, mais pour le moment, l'orpaillage est artisanal. Un peu de marbre (un beau marbre vert est produit à Kédougou) et de fer font partie du tableau des richesses. Un gisement de pétrole off-shore a été découvert à la frontière sénégal - bissau - guinéenne. Un jugement devant la Commission de l'ONU a récemment attribué une grosse partie au Sénégal. Mais la qualité de ce pétrole étant mauvaise, les perspectives de son exploitation sont pour le moment assez floues.

Dans l'accès à l'eau potable, de nombreuses régions sont équipées de robinets d'eau courante. Dans les zones rurales, les puits sont privés ou appartiennent à la communauté villageoise. La responsabilité de l'Etat est néanmoins mise à contribution. En effet, il est du ressort du Ministère de la Santé via ses brigades sanitaires, de traiter préventivement les puits contre les parasites et autres microbes parfois présents dans les puits.

IV. Politique de santé :

a) Objectifs de la politique de santé du Sénégal

Le Sénégal a compris très tôt l'importance du secteur de la santé dans l'activité économique.

Cette prise de conscience a été confirmée par l'article 14 de la constitution qui stipule : " l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à 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 qui consacrent le droit de la population à la santé.

Ces actes sont la preuve que la santé de la population reste un axe stratégique du développement économique et social du pays. Cependant, le secteur de la santé a été éprouvé par les résultats économiques insuffisants et les restrictions budgétaires suite à l'application des programmes d'ajustement structurel durant les années 1980, ce qui a entraîné des indicateurs sanitaires non satisfaisants.

En effet, l'on note que (EDS V Sénégal, 2005) :

- le taux de mortalité infantile et juvénile est élevé (121 pour 1000)
- le suivi médical des grossesses l'assistance à l'accouchement ne sont pas systématiques (52% des femmes ont été assistées pendant leur accouchement par un agent de santé),
- le taux de mortalité maternelle est élevé (401 décès pour 100.000 naissances vivantes),
- le paludisme continue de frapper de nombreuses personnes (première cause de morbidité avec 40% des cas notifiés (en 2001 dans les formations sanitaires)
- les maladies diarrhéiques, très fréquentes, ne sont pas toujours prises en charge de manière adéquate (22% des enfants a eu une ou plusieurs épisodes de diarrhée).

Depuis une dizaine d'années, le Sénégal s'est attaché à mettre en œuvre une politique de santé, élaborée et mise en application par le Ministère en charge de la santé et de la prévention médicale.

Cette politique de santé vise à inverser la situation par l'amélioration de l'état de santé des populations, à changer les indicateurs de santé par l'amélioration de l'accès aux soins. Dans ce cadre, le Ministère de la Santé a engagé en 1995 un long processus de réflexion avec ses partenaires. Ce processus a abouti en 1998 à l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période décennale 1998-2007. Le PNDS est mis en œuvre en deux phases quinquennales qui sont la traduction concrète des priorités en matière de santé et correspondent chacune au Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS). La première phase (PDIS1) a couvert la période 1998-2002 et la deuxième est en cours d'exécution.

Les objectifs visés par le PNDS sont :

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

Le programme accorde une large place à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, aux MST/SIDA et au contrôle des maladies endémiques avec essentiellement le paludisme, la bilharziose, l'onchocercose et la tuberculose.

Ainsi, les activités planifiées par l'ensemble des structures découlent des stratégies définies et adoptées pour le développement des ressources humaines, la mobilisation et la rationalisation des moyens financiers et l'amélioration de l'accessibilité des services de santé par le développement des infrastructures et des équipements sanitaires.

b) Mise en œuvre du PDIS1 :

Le PDIS1 qui a couvert la période 1998-2002 a été marqué par des réformes à la fois législatives et institutionnelles. Ces réformes ont touché principalement les hôpitaux, les médicaments, les pharmacies. Par ces réformes, les hôpitaux ont désormais le statut d'Etablissements Publics de Santé (EPS), ce qui leur offre une plus grande

autonomie de gestion. Ils assurent la mission de service public en veillant à ce que chaque citoyen puisse accéder à de services de soins essentiels.

En outre, le PDIS1 a porté sur des domaines importants tels que le système d'information, le financement de la santé, la réorganisation du Ministère de la Santé, la coordination des interventions et l'intégration des activités. Ces stratégies d'intervention qui sont sous-tendues par des mutations importantes ont imprimé au secteur une nouvelle dynamique.

Le PDIS est exécuté annuellement par le biais des plans d'opération (PO) produits par tous les acteurs du développement sanitaire du niveau périphérique au niveau central. Le pilotage d'ensemble du PDIS est assuré par la Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS (CAS/PNDS). La gestion du soutien informationnel revient à la Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation (DERF) qui est ainsi chargée du suivi et de l'évaluation du programme au niveau du Ministère

c) Suivi et évaluation du PDIS1 :

Pour le suivi et l'évaluation des activités du PDIS, quelques 24 indicateurs ont été retenus. Ces indicateurs sont regroupés en quatre catégories à savoir (Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale, juin 1997) :

- les indicateurs de moyens financiers
- les indicateurs de couverture sanitaire
- les indicateurs de qualité et de couverture des services
- les indicateurs d'impact

Les indicateurs financiers du PDIS renseignent sur l'effort financier fourni par l'Etat concernant son engagement à élever le budget de 0,5% chaque année de manière à atteindre le niveau de 9% tel que recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les indicateurs d'activités (couverture et qualité de la couverture) renseignent sur l'accès aux soins de base, la fréquentation et l'utilisation des services offerts par les formations sanitaires à travers les paquets d'activités.

Les indicateurs d'impact permettent de mesurer le degré d'atteinte des objectifs prioritaires définis dans le PDIS.

V. Le système de santé du Sénégal :

1. Organisation du système de santé :

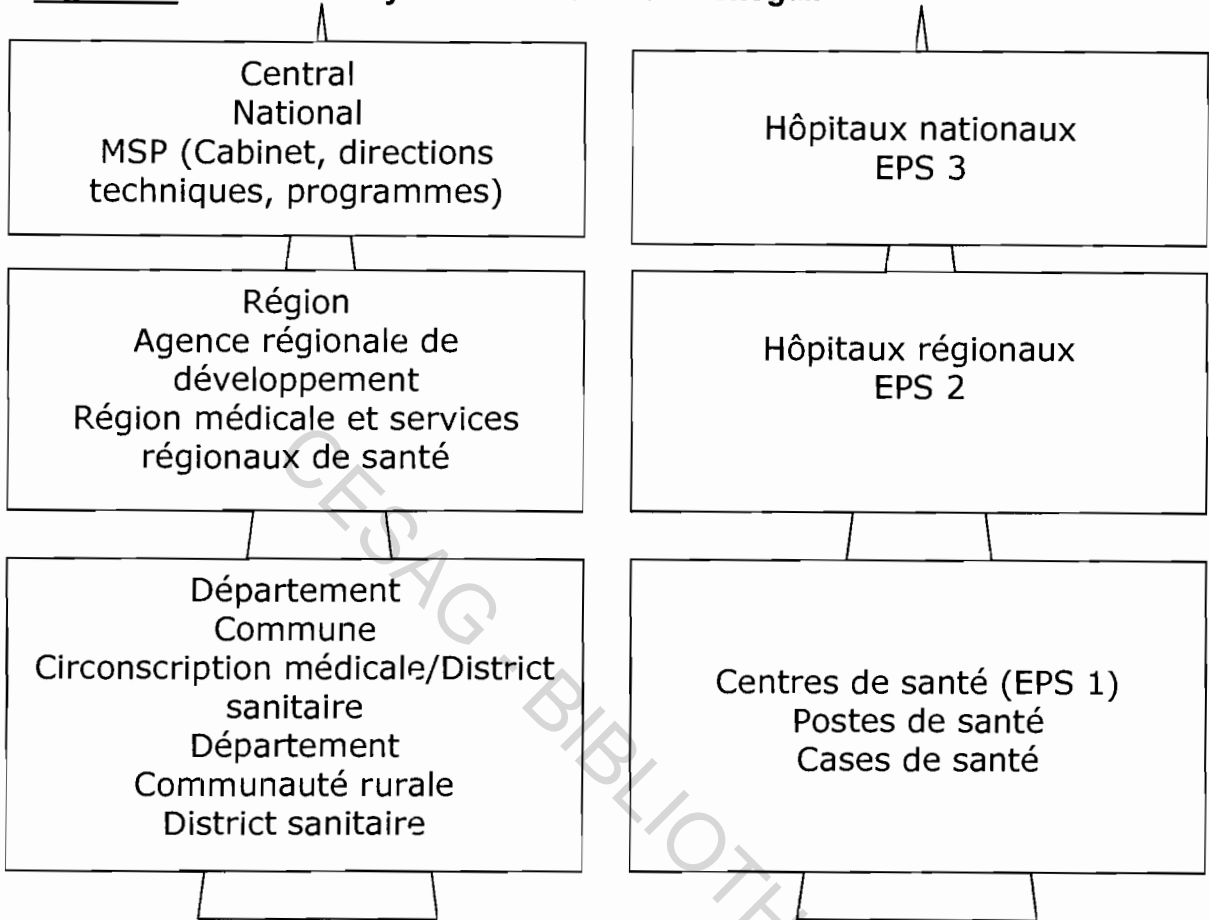
Le système de santé du Sénégal repose sur les secteurs public et privé.

A – Le secteur public

Dans le cadre de l'organisation de secteur public de la santé, le Sénégal a opté pour la décentralisation de son système de santé qui se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux, à savoir :

- Le niveau périphérique qui correspond au district sanitaire
- Le niveau régional qui correspond à la région médicale
- Le niveau central qui correspond à l'échelon national.

Figure 1 : Schéma du système de santé du Sénégal.



a) Le niveau périphérique ou le district sanitaire :

Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie de département.

Le Sénégal compte actuellement 50 districts sanitaires. Chaque district ou zone opérationnelle est géré par un médecin chef.

Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones qui ont été choisies.

b) Le niveau régional ou la région médicale :

La région médicale est la structure de coordination du niveau régional. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de services rattachés à la région médicale.

Les régions médicales ont pour missions :

- d'assurer le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région ;
- d'assurer la coordination technique de toutes les structures régionales de la région ;
- d'assister les structures régionales de santé dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification ;
- d'organiser la formation continue des personnels de santé, y compris le personnel communautaire en matière de santé dans la région
- d'assurer la surveillance des endémies locales,
- de promouvoir l'information, la sensibilisation et la communication en matière de santé dans la région ;
- d'assurer le traitement statistique des données sanitaires ;
- d'assurer l'appui et la coordination des activités des districts sanitaires.

c) Le niveau central ou l'échelon national :

Le niveau central est composé du Cabinet du Ministre, de huit (8) Directions techniques et de programmes nationaux. Les directions techniques sont :

- La Direction de la Santé
- La Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
- La Direction des Ressources Humaines
- La Direction de l'Administration Générale et de l'équipement
- La Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique
- La Direction des Etablissements de Santé
- La Direction de la Prévention médicale
- La Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation

❖ **La Direction de la Santé** dont la mission est d'assurer l'élaboration et le suivi de la mise en oeuvre de la politique et des programmes de santé. Elle est chargée, notamment de:

- la promotion de la santé maternelle et infantile ;
- la lutte contre les maladies
- la protection de la santé des personnes ;
- la réglementation de l'exercice des professions médicales et paramédicales ;
- l'appui de la promotion et du contrôle des cliniques, des cabinets médicaux et paramédicaux ;
- la réglementation et la promotion de la médecine traditionnelle ;
- la coordination des activités de recherche opérationnelle en santé et l'appui aux autres directions et services dans leur mission de recherche.

Par ailleurs, elle doit :

- veiller au respect des règles éthiques et déontologiques en matière d'étude et de recherche en santé ;
 - assurer le suivi des relations avec le Ministère chargé de la recherche, les Universités et tout autre organisme menant des activités de recherche dans le domaine de la santé.
- ❖ **La Direction de la Pharmacie et du Laboratoire** a pour mission l'élaboration et le suivi de la mise en oeuvre de la politique et des programmes dans le domaine de la pharmacie et des analyses médicales. Elle est notamment chargée, à ce titre,
- d'élaborer et de veiller à l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs à la pharmacie, aux médicaments, aux réactifs de laboratoire d'analyses médicales, aux substances vénéneuses, à l'alcool et aux dispositifs médicaux, de réglementer l'exercice des professions pharmaceutiques,
 - de promouvoir et de contrôler les laboratoires d'analyses médicales privés,
 - de réglementer et d'assurer la promotion de la pharmacopée traditionnelle du médicament.
- ❖ **La Direction des Ressources Humaines** a pour mission la formation, la gestion et la promotion sociale des personnels du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale. Elle veille à une bonne coordination dans le recrutement et la gestion des personnels de santé par l'Etat, les collectivités locales, les établissements de santé et les comités de santé. Elle est chargée de la réglementation et du contrôle des établissements publics et privés de formation professionnelle en santé. Elle met en place des politiques de promotion et de dialogue social en rapport avec les partenaires sociaux.

A ce titre, elle est notamment chargée :

- de développer des politiques de gestion prévisionnelle des effectifs et des emplois;
 - d'élaborer et de suivre l'exécution des actes de gestion des personnels du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale, conformément à la réglementation;
 - d'élaborer et de mettre en oeuvre les plans de formation;
 - d'assurer le suivi du recrutement des personnels de santé par l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics de santé et les comités de santé
- ❖ **La Direction de l'Administration Générale et de l'équipement** qui est chargée de la préparation et l'exécution du budget. Elle conçoit la politique en matière d'acquisition, de réalisation et de maintenance des infrastructures et des équipements.

Elle tient la comptabilité des deniers et des matières.

- ❖ **La Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique** dont le rôle est d'élaborer et la mettre en oeuvre de la politique de santé, en matière d'hygiène. Elle est,

en outre, chargée du contrôle sanitaire aux frontières, de la promotion des règles d'hygiène, ainsi que de l'élaboration et du contrôle de l'application de la réglementation en matière d'hygiène.

- ❖ **La Direction des Etablissements de Santé** a pour mission l'élaboration et le suivi de la mise en oeuvre de la politique de l'Etat en matière hospitalière et d'établissement de santé. Elle est en outre chargée de promouvoir la participation des établissements privés hospitaliers au service public de santé
- ❖ **La Direction de la Prévention médicale** a pour mission l'élaboration et le suivi de la mise en oeuvre de la politique de prévention médicale. Elle est notamment chargée, à ce titre de l'immunisation et de la surveillance épidémiologique.
- ❖ **La Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation** est chargée de la gestion du soutien informationnel du programme.

❖ **Les programmes nationaux de santé :**

Des programmes de santé sont également mis en place dans le cadre de la lutte contre la maladie, la prévention de la maladie et la promotion de la santé. Les activités de ces programmes sont plus ou moins ciblées sur des maladies ou des groupes spécifiques de population.

➤ **Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) :**

Le paludisme est la première cause de mortalité au Sénégal. Il constitue un problème majeur de santé publique. Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans sont les couches les plus exposées et les plus vulnérables face à cette maladie parasitaire. Cette endémie entraîne une réduction de la productivité et une baisse du produit national brut (PNB). Elle représente également un frein au développement économique du pays. Elle contribue de ce fait à l'aggravation de la pauvreté.

La Déclaration du Sommet d'Abuja en 2000 a approuvé une stratégie concertée de lutte antipaludique en Afrique. C'est en application de cette décision que le Sénégal a mis en place un plan stratégique quinquennal (2001-2005), bénéficiant de ce fait de l'appui technique et financier de la communauté internationale des partenaires.

➤ **Le Programme d'Amélioration de la Santé de la Reproduction :**

Ce programme qui couvre la période 2001-2006 vise à améliorer la santé maternelle, la survie de l'enfant, les IST/SIDA et la planification familiale. Le principal objectif qui lui est assigné est celui d'accroître de manière durable l'utilisation des services de santé de la reproduction. Il cible les régions de Dakar, Fatick, Kaolack, Louga, Thiès et Ziguinchor. Il est mis en œuvre en partenariat avec le Ministère de la Santé, les associations et les collectivités locales des régions concernées.

➤ **Le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA :**

Au départ, ce programme visait les objectifs suivants :

Maintenir le taux de prévalence du VIH au-dessous de 3% en 2006 ;
Améliorer la qualité de vie des personnes infectées par le VIH ;
Réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA.

Les résultats atteints par ce programme sont encourageants et dépassent les objectifs initiaux en matière de taux de prévalence car, le taux de personnes vivant avec le VIH/SIDA est passé de 1,5% en septembre 2004 à 0,7% annoncé en 2005.

➤ **Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) :**

Le PEV a été initié en 1979 avec pour objectif de vacciner, 80% des enfants avant l'âge d'un an contre sept maladies. Les taux de couverture ont été bons dans un premier temps, puis ils ont stagné avant de connaître une chute. Le programme est donc relancé depuis 1996 avec les objectifs suivants fixés à 2005 :

Ramener et maintenir le taux de couverture vaccinale à 80% ;
Éliminer le tétanos et la poliomyélite ;
Réduire la morbidité et la mortalité dues à la rougeole respectivement de 90% et 95% (Ambassade de France - Mission Economique, Octobre 2005)

B - Secteur privé :

Le secteur privé comprend de manière ascendante les structures suivantes :

Les cabinets de soins infirmiers et les postes de santé
Les cabinets de médecine générale et les cabinets de médecine spécialisée
Les cliniques et les hôpitaux privés.

A cela, il faut ajouter la médecine traditionnelle et la médecine pré hospitalière.

2. Ressources du système de santé :

A. Infrastructures et équipements :

a) Secteur public :

La pyramide sanitaire se traduit par la disponibilité des soins de santé de base au niveau des postes de santé, des soins secondaires au niveau des centres de santé et des soins tertiaires au niveau de l'hôpital régional. La réfection, la rénovation, la construction et l'équipement constituent les axes d'intervention en vue d'assurer la couverture en infrastructures et équipements.

Les efforts du gouvernement ont permis la construction de nouveaux établissements et la formation de nombreux agents nécessaires à la dispensation des soins.

Le Sénégal compte actuellement 1384 cases de santé, 913 postes de santé dont 868 fonctionnels, 56 centres de santé et 20 hôpitaux parmi lesquels 7 sont établis à Dakar.

Mais, malgré les efforts fournis et compte tenu de la croissance démographique du pays, les infrastructures ne sont pas encore suffisantes en quantité et en qualité. Par ailleurs, les équipements sont de valeurs diverses et de possibilités hétérogènes. La couverture passive s'établissait en 1999 ainsi qu'il suit :

Tableau 2 : Comparaison de la couverture en infrastructures du Sénégal aux normes de l'OMS

N° d'ordre	Désignation	Population couverte	Normes population OMS
1	Poste de santé	11.500	10.000
2	Centre de santé	175.000	50.000
3	Hôpital	517.000	150.000

Source : Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation du Ministère de la Santé.

L'analyse de ces chiffres montre le défi qui est à relever pour combler le déficit en terme de couverture d'une part, de l'important effort que l'Etat doit fournir pour atteindre les normes préconisées par l'OMS d'autre part. C'est à cet effet que le PDIS 1 a prévu l'élargissement de la couverture géographique du pays par la construction de nouvelles infrastructures à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

b) Secteur privé :

Dans le secteur privé, le pays dispose de 202 cabinets de médecine générale, 144 cabinets de médecine spécialisée et 31 cliniques (Ambassade de France - Mission Economique, octobre 2005).

Il est important de signaler l'existence à ce niveau de la médecine traditionnelle qui reste le premier recours pour la plupart des sénégalais en cas de maladie. L'usage des plantes médicinales et des décoctions de tout ordre est d'efficacité variable et imprévisible dans certaines situations. Les Autorités du pays envisagent de réglementer ce secteur d'activité. Mais, le chemin est long vers la rationalisation des pratiques et la connaissance des plantes médicinales efficaces et non dangereuses. Il n'existe pas de recensement des tradipraticiens.

La médecine pré hospitalière connaît la présence de deux opérateurs qui se concurrencent, en plus de l'opérateur du secteur public représenté par les Sapeurs Pompiers qui ne disposent pas de véhicules médicalisés.

L'on peut noter en la matière la présence de :

- SOS Médecins qui est une structure médicalisée très professionnelle. Elle assure des visites à domicile et le transport des malades et des blessés grâce à six (6) ambulances médicalisées et une équipe de vingt deux (22) médecins. Elle effectue également des évacuations sanitaires sur l'étranger
- Le SUMA (Société d'Urgence Médicale et d'Assistance) qui est la concurrente de SOS Médecins. Il possède un parc d'ambulance dont deux médicalisées (Ambassade de France - Mission Economique, 2005).

B. Ressources humaines :

La situation du personnel de santé a fait l'objet de plusieurs études pour la maîtrise de son effectif réel, de sa répartition en vue du respect des normes de couverture indispensable à l'amélioration de la qualité des services.

Le ministère s'est inscrit dans cette dynamique et a élaboré un plan national de formation qui intègre les besoins de formation initiale et continue.

De plus, malgré les restrictions budgétaires, le ministère bénéficie d'un quota spécial pour le recrutement annuel de divers personnel de santé dans l'optique de la résorption du déficit constaté.

Cependant, malgré les efforts déployés, la situation est loin d'être satisfaisante par rapport aux normes de l'OMS. En 1999, selon la Division des Statistiques et de la Documentation (Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation), la situation comparative peut s'établir ainsi qu'il suit :

Tableau 3 : Situation comparative de la couverture en personnel de santé du Sénégal aux normes de l'OMS

N° d'ordre	Désignation	Population couverte	Normes de l'OMS
1	Habitants par médecin	17.000	5.000 à 10.000
2	Habitants par infirmier	8.700	300
3	Femmes en âge de procréer par sage-femme	4.600	300

Source : Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation du Ministère de la Santé.

VI. Financement de la santé :

Le financement du plan est apparu comme une préoccupation partagée par l'autorité sanitaire et l'ensemble des acteurs. Plusieurs études ont été menées pour trouver les solutions idoines aux différents problèmes de santé. Ainsi, l'ensemble des stratégies développées tendent à accroître les moyens tout en les rationalisant, qu'il s'agisse du développement des ressources humaines, du financement de la santé, de la réhabilitation des structures.

Le secteur de la santé a profité des efforts soutenus de tous les acteurs depuis 1998. Son financement est assuré par l'Etat, les partenaires au développement, les populations à travers les Comités de Santé et les collectivités locales. La contribution du budget est composée du volet de fonctionnement des structures non décentralisées, des Fonds De Dotations (FDD) des structures décentralisées et du Budget Consolidé d'Investissement (BCI).

En plus, le relèvement de la participation des collectivités locales, la mise en place à temps des fonds de dotations des collectivités locales et l'allègement des procédures de certains partenaires au développement sont recommandés pour une bonne mise en œuvre du programme.

Le budget de la santé est en hausse régulière depuis 1990 (0,5% par an) et a atteint 10% du budget de l'Etat en 2005. Ce taux est supérieur à la recommandation de 9%

de l'OMS, mais inférieur à celle de 15% du Sommet des Chefs d'Etat de l'Afrique (Ambassade de France - Mission Economique, 2005).

En 2003, le budget national de la santé s'élevait à 28,7 milliards, ce qui fait de l'Etat le premier financeur du secteur avec 53% du financement global. Mais les dépenses de personnel représentent la part importante de 49,2% de cette contribution. Les partenaires occupent le deuxième rang avec 30%. Ensuite viennent les populations qui participent à hauteur de 11% suivies des collectivités dont l'apport est de 6% (Direction de la Prévision et de la Statistique – Situation économique et sociale du Sénégal, édition 2004).

L'assurance maladie est encore faible. Elle concerne les travailleurs du secteur formel (secteurs public et privé) qui représentent environ 15% de la population.

Le mouvement mutualiste qui a débuté à Thiès grâce à l'Hôpital St Jean de Dieu connaît un certain engouement. Mais, les résultats sont encore timides car, il n'a été essentiellement mis en place que des mutuelles de petite taille dont le nombre d'adhérents varie entre 100 et 400 membres. Le soutien de l'Etat est nécessaire pour le développement de cette alternative du financement de la santé, surtout dans les pays où d'une part le secteur informel est prédominant, d'autre part les populations sont pauvres.

Chapitre IV – PRESENTATION DE L'HOPITAL SAINT JEAN DE DIEU

L'Hôpital St Jean de Dieu est implanté dans la région administrative de Thiès, précisément dans le chef lieu de région, département de même nom. Il apparaît nécessaire de le présenter dans son cadre.

I - Présentation de la région de Thiès :

La région de Thiès occupe une superficie de 6.601km², soit 3,35% du territoire national, ce qui la fait figurer parmi les plus petites régions du pays. Par contre, elle vient au deuxième rang au point de vue démographique, après Dakar, avec une population de 1.290.265 habitants dont 642.668 hommes et 647.597 femmes. Elle a un taux d'accroissement de 2,2% et une densité de la population de 208 habitants au km² (Projections de population du Sénégal issues du recensement de 2002, Direction de la Prévision et de la Statistique).

La région de Thiès est composée de trois (3) départements, neuf (9) communes, dix (10) arrondissements, trente et une (31) communautés rurales. Ses trois départements sont : MBour, Thiès et Tivaouane.

Tableau 4 : Présentation administrative de la région de Thiès.

Départements	Communes	Arrondissements	Communautés rurales	
MBour	MBour Joal Fadiouth Thiadiaye NGuékokh	Sessène	Sessène	
		Fissel	Nguéniène	
		Sindhia	Sandiara	
			Fissel	
			Ndiagianao	
			Sindhia	
			Dias	
			Malicounda	
			Keur Moussa	Diender Guédi
			Notto	Fandène
Thiès	Thiès Pout Khombole	Thiénaba	Keur Moussa	
			Notto	
			Tassette	
			Touba Toul	
			Ngoundiane	
			Ndiayenne Sirakh	
			Thiénaba	
			Méouane	
			Méouane	
			Mboro	
Tivaouane	Tivaouane Mèkhè	Méouane	Taïba NDiaye	
		Mérina Dakhar	Mérina Dakhar	
		Niakhène	Koul	
		Pambal	Pékesse	
			Niakhène	
			Thilmakha	
			Mbayène	
			Ngandiouf	
			Mont Roland	
			Notto Gouye Diama	
	Chérif Lô			
	Pire Gourèye			

II - Présentation du département de Thiès :

1 - Organisation administrative - Démographie :

Comme on le constate dans le tableau ci-dessus, le département de Thiès compte un nombre égal de trois (3) communes et arrondissements et neuf (9) communautés rurales.

Selon les résultats provisoires du recensement de 2002, sa population se chiffre à 495.666 habitants dont 245.225 hommes et 250.441 femmes. La population urbaine est de 282.465 (56,9%) et celle rurale de 213.201 (43,1%). Le taux d'accroissement démographique annuel est de 2,1% tandis que la densité est de 320 habitants au km² (Projections de population du Sénégal issues du recensement de 2002, Direction de la Prévision et de la Statistique).

2 - Structures sanitaires :

Le département de Thiès dispose des structures de santé ci-après :

- a) Structures publiques :
 - l'Hôpital régional
 - deux districts sanitaires : Thiès et Khombole
 - trente et sept postes de santé dont 24 urbains et 13 ruraux
 - soixante cases de santé
 - trois centres médico –sanitaires de garnison (2 pour le Ministère de l'Intérieur et 1 pour l'Armée)
 - le service National de lutte antiparasitaire.

- b) Structures privées :
 - l'hôpital St Jean de Dieu (à dimension régionale)
 - sept dispensaires privés confessionnels assimilables aux postes de santé
 - un centre médico-social islamique
 - deux postes de santé privés
 - huit cabinets médicaux privés
 - deux cabinets dentaires privés
 - un centre psychiatrique
 - deux cliniques médicochirurgicales
 - une clinique gynéco obstétricale (District sanitaire de Thiès, Données d'enquête, 2006).

Les structures publiques reçoivent leur financement du budget de l'Etat (Fonds de dotations), de la population (Comités de santé), du PDIS, des partenaires et de Collectivités locales. Le taux de couverture géographique de la population habitant à moins de 5 Km des structures de santé est de 93%.

III - Présentation de l'Hôpital St Jean De Dieu :

Fruit d'une initiative libérale de l'action sociale de l'Eglise diocésaine de Thiès, l'hôpital St Jean de Dieu (HSJD) a été fondé en 1983. C'est une institution privée à caractère médico-sanitaire et social, à but non lucratif. Il se situe au second niveau de la

pyramide sanitaire du Sénégal (niveau d'hôpital régional). Il constitue un maillon important dans le système de santé du pays en général et dans la région de Thiès en particulier.

Sa vocation est de mettre les soins de santé à la portée des pauvres en pratiquant une politique tarifaire qui favorise les plus démunis. C'est dans cette optique qu'elle a été à l'origine de la création de la première mutuelle de santé au Sénégal, en 1989 à Fandène. Le développement qu'a connu ce mouvement, particulièrement dans la région de Thiès, fait de celle-ci le berceau la mutualité dans le pays (Gbama Gnénéfe Moïse, Mémoire de DSES, CESAG 2003).

A l'origine, l'hôpital St Jean de Dieu était administré par l'Ordre des Frères St Jean de Dieu en application d'une convention passée entre celui-ci et le diocèse de Thiès. A l'époque, l'établissement bénéficiait du concours de son Administrateur pour la satisfaction de ses besoins en matériel et en fournitures. Son approvisionnement se faisait à partir de l'Espagne. Mais, en 2003 intervint la rupture avec les Frères St Jean de Dieu et conséquemment l'arrêt de la subvention.

Auparavant, l'hôpital avait signé une convention avec le Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal.

Par cette convention, l'hôpital devait, entre autres, « agir dans le sens de la politique définie par le Ministère en matière de santé et réserver à ses réalisations, même dans leur originalité, un caractère de complémentarité » et « prendre part de façon active » à la mise en œuvre des programmes publics de santé. De son côté, le Ministère de la Santé s'engageait notamment « à ne rien entreprendre qui puisse entraver la liberté des autorités de l'hôpital, à le pourvoir en personnels paramédicaux, à lui offrir les compétences d'une équipe de maintenance, à lui accorder toutes les facilités en matière d'approvisionnement médico-pharmaceutiques». (Cette convention a été signée le 1^{er} février 1990)

Malheureusement, il faut noter que cette convention a connu une exécution timide.

1 - Organisation :

L'HSJD comprend six services médicaux et des services médico-techniques. Les services médicaux sont :

- la médecine
- la cardiologie,
- la gynécologie/obstétrique,
- la pédiatrie,
- la chirurgie,
- l'ophtalmologie.

Les services médico-techniques comprennent :

- le bloc opératoire,
- la pharmacie,
- la radiologie,

- le laboratoire,
- la kinésithérapie
- l'ambulance pour le transport.

Il existe aussi une morgue.

Les soins sont donnés en dispensaire (consultations) et en hospitalisations

❖ **Le dispensaire :**

Le volet dispensaire se réalise en médecine externe par les services médicaux et paramédicaux, à travers les consultations, les analyses biomédicales, l'imagerie, les soins infirmiers externes et la prescription des médicaments qui sont achetés soit dans la pharmacie de l'Initiative de Bamako (IB) logée dans l'enceinte et rattachée à la pharmacie de l'établissement, soit dans les pharmacies privées.

Les activités du dispensaire concernent les malades qui ne nécessitent pas l'hospitalisation. Elles peuvent aboutir à des examens pour affiner le diagnostic.

❖ **L'hôpital :**

Les malades à hospitaliser peuvent provenir des différents services de consultation ou des urgences médicales. Les dépenses d'hospitalisation comprenaient l'hôtel, les médicaments, les examens de laboratoire et de l'imagerie, l'alimentation. Mais, depuis l'apparition des difficultés financières après le retrait de l'Ordre des Frères St Jean de Dieu de la gestion de l'hôpital, les examens de laboratoire et l'imagerie font l'objet de facturation distincte de l'hospitalisation. Il existe trois catégories de prise en charge hospitalière qui se distinguent par le confort dont bénéficie le malade.

2 - Ressources matérielles :

Il s'agit des infrastructures, des équipements du plateau technique et autres installations, des matériels, machines et mobiliers divers qui permettent à la structure de réaliser son objet.

L'hôpital dispose de 105 lits dont la répartition entre les différents services est indiquée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Répartition des lits de l'HSJD entre ses services.

N° d'ordre	Services	Nombre de lits
1	Médecine interne - Cardiologie	28
2	Pédiatrie	22
3	Chirurgie générale – Urologie	27
4	Gynécologie – Obstétrique	23
5	Ophthalmologie	5
Total		105

Source : Données d'enquête.

Les éléments de diagnostic sont les suivants :

- le laboratoire d'analyses biomédicales,
- le centre de dépistage volontaire anonyme du VIH,
- l'endoscopie digestive et proctologie,
- la radiologie,
- l'écho Doppler couleur pulsé continu

3 - Ressources humaines (Données d'enquête) :

En 2004, l'HSJD a employé 112 travailleurs permanents à plein temps et 29 vacataires. La physionomie n'a pas subi de changement significatif en 2005 par rapport à l'année 2004.

Le personnel médical et paramédical compte 63 employés toutes catégories confondues. Parmi eux, 9 relèvent de la Fonction Publique et sont pris en charge par le budget l'Etat. Ce personnel médical et paramédical de l'établissement peut être décomposé de la manière suivante :

- 8 médecins,
- 12 infirmiers d'Etat dont 1 est de la Fonction Publique,
- 5 sages femmes dont 3 sont de la Fonction Publique,
- 31 aides infirmiers et assimilés dont 4 sont de la Fonction Publique,
- 7 techniciens supérieurs de santé et assimilés dont 1 de la Fonction Publique.

La répartition de ces employés entre les différents services est donnée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Répartition du personnel médical et paramédical de l'HSJD

Services	Médecins	Infirmiers d'Etat	Sages femmes	Aides infirmiers	Techn Sup de santé	Total
Médecine /Cardiologie	3	4 (dont 1 FP)		4		11
Pédiatrie	1	3		6		10
Chirurgie/Kinésithérapie	1	2		6 (dont 1 FP)	1 (FP)	10
Gynécologie obstétrique	2		5 (dont 3 FP)	5 (dont 1 FP)		12
Ophthalmologie	1					1
Bloc opératoire				4	1	5
Laboratoire		1		2	3	6
Radiologie		1		1	2	4
Pharmacie		1		3 (dont 2 FP)		4
Total	8	12	5	31	7	63

NB : FP représente les travailleurs de la Fonction Publique payés par le budget de l'Etat.

Source : Direction Administrative et Financière de l'HSJD

A cet effectif de 63 personnes, il faut ajouter :

- Le personnel administratif permanent qui comprend 14 travailleurs toutes catégories confondues chargés de l'administration, de la gestion, de la coordination des activités et de l'appui à l'institution pour son bon fonctionnement
- 23 personnes composées d'agents d'entretien, de garçons et filles de salle,
- 12 agents chargés de la lingerie et de la cuisine.

Le personnel vacataire est constitué de 26 personnes dont les activités profitent aux prestations des soins de santé et de 3 personnes qui sont utilisées dans l'administration.

Il faut aussi préciser que des sœurs de l'Eglise qui font partie du personnel énuméré ci-dessus y prestent leurs services. Mais il n'y a pas de discrimination dans leurs traitements par rapport au personnel laïc de même catégorie.

4 - Prestations de l'HSJD

L'HSJD fournit diverses prestations de santé grâce aux ressources matérielles et humaines dont il dispose à travers les domaines qui viennent d'être identifiés : soins primaires et hospitalisations. Elles s'inscrivent toutes dans le cadre de l'application de la Politique de Santé adoptée par l'Etat Sénégalais.

Ainsi, l'hôpital participe aux activités sociales et de santé publique à travers les programmes du Ministère de la santé et de la prévention, à savoir :

- le Programme de lutte contre la tuberculose (PNT),
- le Programme Elargi de vaccination (PEV),
- le Programme national de lutte contre le VIH/SIDA,
- l'Initiative sénégalaise d'accès aux anti- rétroviraux (ISAARV),
- le Programme national de lutte contre le diabète
- le Programme national de prévention de transmission mère - enfant (PTME).

Entre 2000 et 2005, les statistiques (les données sont tirées des statistiques de la Commission Médicale d'Etablissement) des activités réalisées (hospitalisations, consultations, journées d'hospitalisations) sont présentées dans les tableaux 6, 7, 8, 9, 10 et 11 en annexes.

Il faut signaler que l'hôpital a démarré en 2005 des activités itinérantes à travers des consultations en ophtalmo – bus qui se sont chiffrées à 1613.

IV- Financement de la santé à l'HSJD :

La santé à l'HSJD est financée principalement par les ménages, le diocèse de Thiès, les ONG, les employeurs et l'Etat à travers l'Institut de Prévoyance des retraités pour la prise en charge des agents en activité de l'Etat. Notons que l'hôpital a bénéficié d'une subvention exceptionnelle de l'Etat en 2004. Les ménages interviennent soit par des paiements directs, soit par l'intermédiaire des mutuelles de santé, les IPM et les sociétés d'assurances privées.

Chapitre V. Collecte et traitement des données de l'hôpital Saint Jean de Dieu

Il apparaît important de décrire le processus de collecte de données, les traiter selon les besoins de cette recherche en évaluant les éléments qui servent de base à l'établissement des comptes de la santé de l'HSJD. Mais auparavant, il est nécessaire de donner les raisons qui ont prévalu au choix de la période de notre étude.

I - Choix de la période de l'étude :

Dans le cadre de cette étude, nous avons retenu les années 2004 et 2005 pour les raisons suivantes :

1. Ces deux années sont les plus récentes. Elles sont marquées par des difficultés financières de l'établissement survenues depuis le retrait de l'Ordre des Frères St Jean de Dieu de son administration et conséquemment de la cessation de ses subventions en sa faveur.
2. En 2004, les recettes générées par les activités ne couvraient pas les dépenses. La structure a bénéficié d'une subvention de FCFA 216.385.806 de la part de l'Etat et de dons des institutions à but non lucratif pour FCFA 46.747.776. Cela lui a permis d'équilibrer ses comptes de l'année.
3. En 2005, l'hôpital a dû augmenter ses tarifs afin de surmonter ses difficultés financières, faute de subvention. Il a vécu de ses propres recettes recouvrées auprès des usagers et n'a pas reçu de concours extérieur pour financer ses activités.

II – Processus de collecte des données :

La méthodologie utilisée a consisté à prendre des contacts avec tous les services de l'hôpital et certaines institutions qui sont en rapport avec l'hôpital et qui interviennent directement ou indirectement dans le domaine de la santé. Ces contacts ont démarré à chaque niveau par des explications sur le but visé par la recherche et la confidentialité des informations demandées, cela dans l'optique de rassurer les interlocuteurs, de susciter leur intérêt et de leur faire partager nos objectifs. Nous avons à cet effet préparé un questionnaire que nous avons déposé au niveau de chaque service de l'HSJD. Mais au premier contact pour tester le questionnaire, les chefs de service ont préféré des entretiens plutôt que le questionnaire en raison du fait que cette solution leur prendrait moins de temps par rapport aux réponses au questionnaire et les mettait plus à l'aise. Ainsi, nous avons élaboré un guide d'entretien et obtenu des rendez-vous en vue d'obtenir les informations nécessaires à la réalisation de notre recherche. Différents séjours ont été nécessaires pour dérouler le processus de collecte des données.

1 - Collecte des données des services médicaux et médico techniques :

L'objectif visé par les entretiens était d'avoir les informations sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital et d'obtenir les données sur les activités qui y avaient été menées au cours des années ciblées. Dans ce cadre, nous avons pu identifier les

acteurs et leurs niveaux d'intervention, collecter les statistiques des activités médicales et médico – techniques qu'ils ont réalisées. Les informations demandées ont porté sur les situations suivantes :

- Dispensaire : consultations, analyses médicales, les actes d'imagerie, la prescription des biens médicaux aux malades ambulatoires ;
- Hôpital : malades hospitalisés, journées d'hospitalisation, nombre d'actes chirurgicaux,
- Gestion des programmes de santé publique (VIH/SIDA et TBC) : nombre de personnes testées, nombre de cas positifs, nombre de personnes soumises aux ARV, nombre de personnes infectées suivies, nombre d'examens de crachats, nombre de cas positifs, nombre de personnes soumises au traitement),
- Données sur le personnel : nombre, répartition par poste de travail, répartition du temps de travail du personnel exerçant au moins deux activités.

Il faut préciser que pour ce qui est de la répartition du travail du personnel médical et paramédical exerçant au moins deux activités, il a été demandé à chacun de faire une estimation. Nous avons pu non seulement obtenir les estimations de temps, mais aussi identifier les travailleurs qui n'effectuent pas une seule activité.

Ensuite, au cours de notre deuxième séjour, nous avons procédé à l'observation en nous servant d'une fiche de suivi des mouvements des personnes au sein de l'hôpital en vue d'enregistrer le temps consacré à chaque activité étant entendu que le personnel concerné était déjà repéré au cours des premiers entretiens. A l'issue de ce processus, les informations sur le temps d'occupation à chaque activité ont été confirmées dans l'ensemble.

Enfin, des rencontres ont eu lieu avec des institutions qui sont d'autres sources de données. Les informations recueillies auprès de celles-ci ont permis de combler certaines lacunes dans la collecte des données. Par exemple, nous avons eu des rencontres à la Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS), au MSPM (point focal de la Cellule chargée des comptes nationaux de la santé, le Programme VIH/SIDA, la Direction de la Santé Publique...).

2 - Collecte des données administratives et financières :

A cette étape, il s'est agi de recueillir les données sur le personnel et les données financières. A l'issue des différentes rencontres que nous avons eues et des entretiens au sein des services de la Direction des affaires administratives et financières (DAF), nous avons pu collecter les données sur les éléments suivants :

- le personnel : effectif, répartition entre les différents services de l'hôpital, position permanente ou vacataire ;
- les rémunérations du personnel : masse salariale et autres avantages connexes par service,
- les états financiers des exercices faisant partie de notre champ de recherche,
- les recettes : facturations, recettes hors facturation (paiements directs des prestations et des médicaments de l'Initiative de Bamako vendus par l'hôpital).

Ensuite, nous sommes intéressé aux bases de répartition des données globales collectées.

Dans ce cadre, nous avons profité du personnel qui a une expérience de près d'une décennie de travail à la DAF de l'établissement pour estimer les clés de répartition des charges entre les différents services. Nous avons ainsi passé en revue chacun des éléments de charges en vue de faire les estimations de consommation par les services médicaux, paramédicaux et administratifs. Ensuite, nous avons pris un échantillon aléatoire de chaque type d'opération en vue de déterminer le service au profit duquel l'opération a été effectuée. A l'issue de ce sondage, les taux de répartition préalablement estimés ont été globalement confirmés.

3 - Collecte des données sur les médicaments :

Aucune information n'a pu être reçue en ce qui concerne les médicaments prescrits aux malades ambulatoires et dont ces derniers se procurent dans les pharmacies à l'extérieur de l'hôpital. En effet, les registres de consultations tenus dans les cabinets de consultations ne mentionnent pas les médicaments prescrits aux malades par les médecins. L'on aurait pu partir de ces registres pour estimer les dépenses de médicaments qui représentent une part non négligeable des dépenses de santé. De plus, les pharmacies n'établissent pas les situations de leurs ventes en fonction des lieux de délivrance des ordonnances de manière à nous permettre d'extraire les opérations qui concernent les malades de l'HSJD.

Pour surmonter cet obstacle et face à l'impossibilité de mener une enquête dont nous n'avions pas le financement, nous avons demandé aux médecins consultants d'accepter d'établir les ordonnances en deux exemplaires pendant un mois. A cette fin, nous avons fourni à chacun du papier carbone. Cette opération a été couronnée de succès car, chacun l'a réalisée pour tous les malades qui ont fait recours aux consultations pendant la période définie.

4 - Collecte des données sur les prix :

Il a été mis à notre disposition la liste des tarifs pratiqués par l'HSJD pour les prestations payantes. En ce qui concerne les programmes de santé publique mis en œuvre au sein de l'institution, les contacts pris au niveau du MSPM nous ont permis d'obtenir la documentation nécessaire notamment les coûts des examens et la prise en charge médicale à la charge de l'Etat.

Pour ce qui est des médicaments prescrits aux malades ambulatoires, nous avons bénéficié de la collaboration de deux pharmacies de la place qui ont accepté de nous donner les prix sur la base des ordonnances délivrées par les médecins au cours de période - échantillon. Nous considérons que tous les médicaments prescrits sont achetés par les malades.

III – Analyse des données :

L'analyse des données a consisté à s'assurer de la complétude des informations recueillies et de faire les recoupements et les vérifications nécessaires des données recueillies. Au terme de cet exercice, il a été constaté que certaines données étaient partielles ; d'autres n'étaient pas disponibles ou n'existaient pas ; d'autres n'étaient pas présentées avec les détails et précisions exigés par notre recherche.

IV - Limites des données :

Dans la recherche des données, nous avons été confronté à un certain nombre de contraintes qui proviennent entre autres de l'inexistence partielle ou totale. Néanmoins, à l'issue de différents séjours nous avons pu obtenir les éléments nécessaires à la base du travail.

Par exemple, la manière dont sont tenues les données portant sur les analyses de laboratoire, de radiologie et les actes de kinésithérapie ne permet pas de faire la discrimination entre les éléments externes qui font l'objet de recouvrement auprès des usagers et les éléments internes qui sont compris dans le tarif des hospitalisations en 2004. Par ailleurs, il n'a pas été possible d'en faire le classement par catégories de tarifs. Le cas de médicaments où il n'existait pas d'informations et où il a fallu imaginer l'établissement des ordonnances en deux exemplaires illustre l'inexistence d'informations. Il a fallu chercher les données sur une période postérieure à la période retenue pour ce travail. Pour le manque de détails ou d'existence partielle de données, l'on peut citer les statistiques des journées d'hospitalisation et des consultations qui devraient être réparties selon les niveaux de tarifs, en tenant compte des avantages accordés aux mutuelles qui bénéficient de réduction variant entre 35 et 45% par exemple (selon l'ancienneté des conventions de prestations qu'elles ont passées avec l'hôpital). La manière dont est tenue la comptabilité ne permet pas de lever ces obstacles.

Le séjour que nous avons effectué pour combler les lacunes que comportent les informations n'a pas permis de résoudre tous les problèmes de précision, de complétude et de détails.

Les contraintes de qualité ou d'absence sont liées entre autres aux mouvements du personnel (changement de postes de travail, départ, ancienneté...), au stockage des données, à la méthode de classement ou d'enregistrement. Elles limitent les résultats auxquels l'on a abouti. Elles nous ont amené à faire des estimations en ce qui concerne certains éléments.

Il faut reconnaître que l'échantillon relatif aux médicaments a des limites : il concerne peut-être une saison qui ne renferme pas tous les paramètres des années considérées (morbidity, fréquence des maladies, fréquentation...), mais il a l'avantage d'être une base d'estimation des dépenses en médicaments.

V – Identification des domaines d'activités de l'HSJD :

L'HSJD mène des activités en soins hospitaliers et en soins ambulatoires. Il intervient aussi dans la prestation de la prévention individuelle (maladies transmissibles ou non transmissibles) en exécution des programmes nationaux du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Il rend compte de ses activités médicales à la Région Médicale de Thiès.

1 - Activités de soins hospitaliers :

Sur la base des statistiques hospitalières fournies par la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le nombre de personnes hospitalisées est de 2.849 en 2004 et de 3.077 en 2005 correspondant respectivement à 13.719 et 12.774 journées d'hospitalisation, non compris les données de la maternité, non disponibles

2 - Activités de soins ambulatoires et de diagnostics courants :

Les activités menées en soins ambulatoires à l'HSJD sont les suivantes :

- les consultations médicales y compris les urgences médicales
- les soins à domicile à travers l'optalmobus ;
- la délivrance des ordonnances de médicaments après les consultations médicales
- les analyses biomédicales et les imageries prescrites par les médecins
- le transport des malades
- la rééducation et la réadaptation fonctionnelles des malades.

Il faut signaler qu'en 2004 les analyses biomédicales, les imageries médicales et la réadaptation fonctionnelle des malades hospitalisés étaient prises en compte dans le coût des hospitalisations. Par contre, en 2005, ces éléments font l'objet de facturation à part.

3 - Activités de prévention médicale:

Les activités de prévention médicale concernent l'implication de l'hôpital dans la mise en oeuvre des programmes du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, le VIH/SIDA et récemment du programme élargi de vaccination.

Pour la tuberculose et le VIH/SIDA, ce sont les activités de dépistage des maladies et de prise en charge des malades qui sont menées.

4 - Activités d'administration :

L'administration de l'hôpital est assurée par des organes administratifs qui ne réalisent pas d'activités de soins médicaux ou paramédicaux.

Il faut noter que ces activités médicales peuvent entraîner la délivrance d'ordonnances desquelles découle l'acquisition des biens médicaux prescrits. Pour le cas précis, il s'agit des médicaments.

VI – Méthode de détermination des dépenses de santé de l'HSJD :

L'évaluation des dépenses de soins a été faite différemment, selon qu'elles portent sur l'année 2004 ou sur l'année 2005 pour les raisons suivantes :

- 1) en 2004, les prestations de soins de santé ont procuré à l'hôpital des recettes de FCFA 424.126.654 alors que les charges hors amortissements et charges financières se sont chiffrées à la somme de CFA 568 097 625. L'exclusion des amortissements a été adoptée en application de la recommandation de l'Atelier Technique Sous-régional sur les Comptes Nationaux de Santé tenu à Bamako du 5 au 8 juin 2006. Il faut noter que ce montant des charges ne prend pas en considération le coût des programmes hors salaires. En intégrant ce dernier, l'on obtient la valeur qu'auraient payée les usagers pour assurer la couverture des soins dont ils ont bénéficié en l'absence de toutes formes de subvention.

Cette valeur représente les dépenses de santé de l'année (hors médicaments prescrits aux malades ambulatoires). C'est sur la base des charges de FCFA 568.097.625 que sera faite la détermination du coût de production des services ou des activités de prestations de santé et entre lesquels ce coût de production sera réparti ;

- 2) contrairement à l'année 2004 où les charges sont supérieures aux recettes, les recettes tirées des prestations en 2005 se chiffrent à la somme de FCFA 633.505.424 alors que les charges s'élèvent à FCFA 598.776.083 (hors amortissements et charges financières). C'est la valeur que les agents de financement ont effectivement payée vue d'assurer la couverture financière de la santé des malades qui ont bénéficié des prestations de l'hôpital sans que ce dernier ait recours à quelque source que ce soit pour financer ses activités ou équilibrer ses recettes à ses dépenses. En conséquence, l'évaluation des dépenses de santé est basée sur les efforts financiers fournis par les usagers ou pour leur compte au titre de la couverture financière de leurs soins de santé.

VII - Evaluation des dépenses de santé en 2004 :

Comme il a été indiqué plus haut, l'évaluation des dépenses de santé en 2004 a été faite sur la base des coûts des facteurs de production. Autrement dit, l'on est parti non pas des recettes, mais des charges de fonctionnement supportées par l'établissement au titre de la santé pendant l'année.

Les charges de fonctionnement se chiffrent à la somme de FCFA 568.097.625. Celles-ci doivent être réparties entre les différentes activités qui ont été menées au cours de l'année. A cet effet et en l'absence de la comptabilité analytique, il a été fait recours à l'expérience du service financier et comptable et au sondage des dépenses au niveau de la comptabilité pour définir les critères de répartition. Pour atteindre cet objectif, l'on a effectué les opérations suivantes :

- Le classement de tous les éléments qui a abouti à distinguer principalement les dépenses de consommation, les dépenses d'exploitation et les dépenses de salaires, charges sur salaires et charges sociales ;
- Le dépouillement et le passage en revue de chaque élément en vue de déterminer les services consommateurs et sa base de répartition.

Les services consommateurs retenus sont les suivants :

- Le dispensaire qui réalise ses prestations en faveur des malades ambulatoires
- L'hôpital qui s'occupe des malades internes
- L'administration qui apporte son appui aux services de soins.

A - Répartition des dépenses d'exploitation hors salaires et charges sur salaires :

Les dépenses d'exploitation hors salaires et charges sur salaires se chiffrent à FCFA 198.996.126. Elles peuvent être décomposées ainsi qu'il suit :

- Dépenses de consommation : 106.577.016
- Dépenses d'exploitation : 92.419.110.

Il faut signaler qu'au cours de ce développement, les termes « hôpital » et « médecine interne » seront utilisés pour ce qui concerne le service qui fournit les soins hospitaliers tandis que « dispensaire » et « médecine externe » désigneront le service qui assure les soins ambulatoires. Il faut préciser par exemple que les frais de carburant et d'assurance du matériel de transport ont été intégralement affectés à l'hôpital car ils sont exclusivement relatifs aux ambulances. Par contre, l'entretien du matériel de transport concerne aussi bien les ambulances que les véhicules privés utilisés par le personnel cadre.

Les résultats de la répartition des dépenses figurent dans les tableaux 13 et 14 ci-dessous.

Tableau 13 : Répartition des charges d'exploitation hors salaires de 2004

Rubriques	Charges totales	Taux de répartition (%)		Montant	
		Hôpital et/ou Dispensaire	Administration	Hôpital et Dispensaire	Administration
Produits pharmaceutiques	50 748 501	100		50 748 501	
Produits alimentaires	22 516 704	100		22 516 704	
Oxygène médical	9 188 276	100		9 188 276	
Produits d'entretien	3 605 274	90	10	3 244 747	360 527
Fournitures d'atelier	6 000	100		6 000	
Fournitures de magasin	126 000	100		126 000	
Fournitures de bureau	12 405 442	80	20	9 924 354	2 481 088
Autres	7 980 819	90	10	7 182 737	798 082
Eau	7 410 424	90	10	6 669 382	741 042
Electricité	27 803 578	90	10	25 023 220	2 780 358
Gaz	1 533 250	100		1 533 250	
Carburant, lubrifiant	5 109 288	100		5 109 288	
Petits matériels et outillage	3 678 772	80	20	2 943 018	735 754
Prestations de services	10 908 040	60	40	6 544 824	4 363 216
Achats divers	821 450	100		821 450	
Transport pour compte de tiers	3 000	50	50	1 500	1 500
Transport de plis/poste	157 770	50	50	78 885	78 885
Autres frais de transport	210 450	100		210 450	
Locations et charges locatives	4 455 000	80	20	3 564 000	891 000
Entretien et réparation des biens immobiliers	869 600	80	20	695 680	173 920
Entretien et réparation des biens mobiliers	330 410	80	20	264 328	66 082
Entretien et réparation du matériel informatique	326 562	80	20	261 250	65 312
Entretien et réparation du matériel de bureau	43 000	80	20	34 400	8 600
Entretien et réparation du matériel bureautique	236 011	80	20	188 809	47 202

Entretien matériel de transport	1 984 525	80	20	1 587 620	396 905
Autres entretien et réparation	622 000	80	20	497 600	124 400
Assurance responsabilité civile	336 000	100		336 000	
Assurance du matériel de transport	957 800	100		957 800	
Abonnement aux revues	31 000	100		31 000	
Annonces, insertions	554 000	100		554 000	
Publication	17 670	100		17 670	
Cadeaux à la clientèle	78 000	100		78 000	
Autres charges de publicité	306 600	50	50	153 300	153 300
Frais de téléphone	7 659 926	50	50	3 829 963	3 829 963
Autres frais de télécommunication	1 624 198	80	20	1 299 358	324 840
Frais bancaires	1 295 326	0	100		1 295 326
Rémunération des transitaires	2 085 762	80	20	1 668 610	417 152
Honoraires visites médicales	280 700	100		280 700	
Frais d'actes	4 778 303	80	20	3 822 642	955 661
Frais divers	143 180	80	20	114 544	28 636
Formation du personnel courte durée	548 840	100		548 840	
Restauration	2 425 855	100		2 425 855	
Mission	53 000	100		53 000	
Droits de timbre	48 970	80	20	39 176	9 794
Droits de douanes	15 000	80	20	12 000	3 000
Taxes sur les véhicules	2 000	100		2 000	
Vignettes	66 000	100		66 000	
Autres droits	16 200	80	20	12 960	3 240
Pénalités d'assiettes et de recouvrement	242 855		100	0	242 855
Autres impôts et taxes	9 200	80	20	7 360	1 840
Autres charges	2 339 595		100	0	2 339 595
Total	198 996 126			175 277 050	23 719 077

Tableau 14 : Récapitulation de la répartition des dépenses d'exploitation hors salaires

Désignation	Hôpital + Dispensaire	Hôpital	Administration	Total
Consommation	20 351 837	82 585 481	3 639 698	106 577 016
Affectée directement		82 585 481		82 585 481
Part après répartition	20 351 837		3 639 698	23 991 535
Dépenses d'exploitation	72 339 732		20 079 378	92 419 110
Affectées directement (transport)	13 025 303		3 877 776	16 903 079
Part après répartition	59 314 429		16 201 602	75 516 031
Total	92 691 569	82 585 481	23 719 076	198 996 126

Ces tableaux montrent que sur le montant de 198.996.126 au titre des dépenses de fonctionnement hors salaires et charges sur salaires, il a été affecté directement à l'hôpital (82.585.481) et à l'administration (23.719.076), soit un total de 106.577.016 dégageant ainsi un reliquat de 92.691.569 qui se répartit entre l'hôpital et le dispensaire pour 79.666.266 et le service de transport pour 13.025.303.

❖ **Répartition des dépenses communes à l'hôpital et au dispensaire : FCFA 79.666.266.**

Les dépenses communes à l'hôpital et au dispensaire ci-dessus ont été supportées en vue d'assurer les activités de soins. Dans ces conditions, elles peuvent être réparties en fonction des recettes produites par chacune des activités menées par l'établissement proportionnellement aux recettes générées. Les détails de cette opération figurent dans le tableau en annexe. Elle a permis d'obtenir les résultats qui sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau 15 : Répartition des dépenses communes aux services médicaux.

Activités	Montant
Hospitalisations	41.775.066
Dispensaire	33.505.008
Consultations	12.191.338
Laboratoire	9.631.315
Imagerie	10.001.622
Pansements, immobilisation plâtrée, infiltration	721.906
Kinésithérapie	958.828
Ophtalmo Bus	171.372
Biens médicaux	3.569.904
Biens médicaux	3.535.192
Autres biens médicaux	34.412
Transport	318.382
Autres prestations	326.833
Total	79.666.266

En résumé, les dépenses communes aux services médicaux sont imputées aux activités ainsi qu'il suit :

- Hôpital : FCFA 41.775.066
- Dispensaire : 33.505.008
- Biens médicaux : FCFA 3.569.604
- Transport : FCFA 318.382
- Soins à domicile : FCFA 171.372
- Autres : FCFA 326.839.

❖ **.Répartition des dépenses de transport : 13.025.303.**

Les dépenses de transport sont relatives à l'ambulance, à l'ophtalmo bus et au corbillard. Il n'est pas tenu de carnet de bord pour ces engins. Ainsi, ces dépenses peuvent être réparties entre le service Transport des services médicaux (consultations y compris les consultations en urgences et les soins à domicile) et la Morgue en fonction des recettes produites par chaque service. Cette opération donne les résultats suivants :

- Part des consultations : 12.092.894
- Part des soins à domicile : 650.693
- Part de la morgue : 281.716.

B - Répartition des dépenses salariales : FCFA 369.101.499.

Les salaires et charges sur salaires se décomposent de la façon suivante :

- Personnel permanent : 331.409.940 de salaires, 21.003.750 de charges sociales et d'impôts ;
- Personnel vacataire : 16.687.809 de rémunérations.

Les salaires et autres éléments de rémunérations ont pu être identifiés par service utilisateur du personnel permanent et du personnel vacataire. Par contre, il n'existe pas de détails en ce qui concerne les charges sociales et les impôts. Ceux-ci sont supportés au titre du personnel permanent. Ainsi, ils peuvent être répartis en fonction de la masse salariale de chacun des services concernés.

Le dépouillement de l'état de paie permet d'obtenir le tableau de répartition présenté dans le tableau 16 en annexe.

Parmi les dépenses de salaires, il y en a qui peuvent être affectées directement à des activités consommatrices. D'autres par contre sont communes à plus d'une activité ou d'un type de prestations.

1) Dépenses de salaires directes :

Les dépenses de salaires spécifiques à une activité sont notamment relatives aux hospitalisations si on se base sur la définition de ce terme, à savoir la durée d'un séjour d'au moins un jour entier à l'hôpital.

Ainsi, les activités des services suivants pour une charge salariale de 39.338.187 profitent seulement aux hospitalisations. Ce sont :

- La cuisine : 13.585.675
- La lingerie : 9.422.524
- Le bloc opératoire : 16.329.988.

Le personnel de la pharmacie se distribue entre l'hôpital, la cellule des médicaments essentiels de l'Initiative de Bamako (IB), les programmes du VIH/SIDA et de la tuberculose (TBC). La répartition des dépenses y relatives est faite en fonction des postes de travail. Ainsi, l'on obtient les résultats suivants :

- Pharmacie hospitalière : 2.441.831
- Cellule médicaments IB : 1.321.115
- Programme VIH/SIDA : 1.871.652.
- Programme TB : 1.722.300.

Par ailleurs, des travailleurs sont spécialement affectés pour la kinésithérapie et aux pansements pour des salaires respectifs de 1.037.883 et 1.894.130.

2) Dépenses de salaires indirectes :

Il s'agit ici des salaires des personnels dont l'activité permet la production de plus d'une prestation ou type de prestations. Ainsi, les services médicaux et médico-

techniques constituent un appui commun aux soins en médecine interne et en médecine externe. De même, le service « entretien » travaille pour l'ensemble de la structure. Il faut donc répartir leurs coûts salariaux au profit des services ou des prestations intéressés.

❖ **Dépenses de salaires communes aux services médicaux :**

Les services médicaux sont :

- La médecine
- L'ophtalmologie
- La pédiatrie
- La gynécologie
- La chirurgie.

Le montant des salaires, les charges sociales et les impôts des services médicaux supportés au titre de l'année s'élèvent à FCFA 132.337.245. Le personnel des services médicaux est composé de médecins et d'agents chargés des soins infirmiers.

Parallèlement à la prise en charge médicale hospitalière, chaque médecin mène des activités de consultations avec l'assistance d'un infirmier. L'observation des emplois de temps journaliers et les entretiens que nous avons eus avec les médecins révèlent que leurs journées de travail se répartissent dans les proportions suivantes :

- Au niveau de la médecine, de la gynécologie et de la pédiatrie, il est consacré 75% du temps aux malades hospitalisés et 25% du temps aux consultations
- Au niveau de l'ophtalmologie, 65% aux consultations, 35% aux malades hospitalisés.
- Au niveau de la chirurgie, 85% à l'hôpital et 15% aux consultations.

Le tableau suivant donne la répartition des salaires du personnel des services médicaux entre l'hôpital et le dispensaire.

Tableau 17 : Répartition des dépenses salariales des services médicaux.

Services	Montant	Type de personnel	Répartition			
			Montant	%	Dispensaire	Hôpital
Médecine	42.754.215	Médecins	29.280.671	22	7.320.168	21.960.503
		Infirmiers	13.473.544	10	2.350.051	11.123.493
Ophtalmologie	8.271.608	Médecins	7.778.623	6	5.056.105	2.722.518
		Infirmiers	492.985	0	492.985	
Pédiatrie	22.656.089	Médecins	5.843.856	4	1.460.964	4.382.892
		Infirmiers	16.812.233	13	2.022.744	14.789.489
Gynécologie	28.235.075	Médecins	19.240.549	15	4.810.137	14.430.412
		Infirmiers	8.994.526	7	1.927.035	7.067.491
Chirurgie	30.420.258	Médecins	8.315.198	6	1.247.280	7.067.918
		Infirmiers	22.105.060	17	5.330.753	16.774.307
Total	132.337.245		132.337.245	100	32.018.222	100.319.023
Pourcentage			100		24	76

Il est important de signaler qu'il a été soustrait du montant du dispensaire les valeurs suivantes :

- 777.863 pour les soins à domicile (ophtalmo bus),
- 1.894.130 représentant le salaire de l'agent chargé des soins infirmiers de pansement,
- 1.037.883 au titre salaire de l'agent de la kinésithérapie
- 1.882.063 représentant le salaire de l'agent chargé du programme du VIH/SIDA.

Cette opération ramène la part des dépenses de salaires du dispensaire à 26.426.283.

❖ **Dépenses salariales du laboratoire d'analyses biomédicales (32.733.562) et de l'imagerie (21.004.146)**

La répartition des dépenses salariales du laboratoire et de l'imagerie vise à affecter le coût des analyses biomédicales et des images médicales selon que celles-ci sont relatives aux malades ambulatoires ou aux malades hospitalisés. Malheureusement, les statistiques n'ont été tenues en fonction de ce critère qu'à partir du mois de juin 2005 en ce qui concerne le laboratoire et pour toute l'année 2005 pour ce qui est de la radiologie. L'examen de ces statistiques montre que les actes se décomposent dans les proportions suivantes :

- Actes de laboratoire : 8% à l'hôpital et 92% aux malades ambulatoires (dispensaire)
- Actes d'imagerie : 9% à l'hôpital et 91% aux malades ambulatoires.

Nous estimons que l'on peut répartir les dépenses salariales de ces services proportionnellement aux statistiques des actes disponibles pour ces périodes selon le cas. Cette opération permet d'aboutir aux résultats ci-après :

- ❖ Répartition dépenses salariales du laboratoire :
 - Part analyses internes : $32.733.562 * 8\% = 2.618.685$
 - Part analyses externes : $32.733.562 * 92\% = 30.114.877$.
- ❖ Répartition dépenses salariales de la radiologie :
 - Part imagerie interne : $21.004.146 * 9\% = 1.890.373$
 - Part imagerie externe : $21.004.146 * 91\% = 19.113.773$.

Il faut préciser qu'il a été déduit de la part du dispensaire la valeur de 2.450.301 au profit du programme tuberculose au titre du salaire de l'agent chargé du dépistage de cette maladie. Cette opération ramène la part des salaires des soins ambulatoires à 27.664.576.

❖ **Dépenses de salaires du personnel de maintenance :**

La répartition des dépenses du personnel de maintenance peut être faite en fonction de la valeur des matériels et équipements dont disposent les services. Cet exercice permet d'aboutir au tableau ci-après :

Tableau 18 : Répartition des salaires du personnel de maintenance en 2004.

Désignation	Valeur des matériels	Montant
Hôpital	284.729.450	4.303.184
Dispensaire	50.138.478	757.755
Laboratoire	92.272.611	1.394.538
Imagerie	185.267.506	2.799.992
Administration	101.407.533	1.532.596
Total	713.815.578	10.788.064

❖ **Dépenses des garçons et filles de salle :**

Les dépenses salariales des garçons et filles de salle sont réparties entre l'hôpital et le dispensaire en fonction des postes de travail de ce type de personnel. L'on a les résultats ci-après :

Tableau 19 : Répartition des salaires des garçons et filles de salle.

Désignation	Salaires	Dépenses sur salaires	Total
Médecine interne cardiologie	1 768 469	112 080	1 880 549
	1 138 534	72 157	1 210 691
	1 130 699	71 660	1 202 359
Pédiatrie	1 699 958	107 738	1 807 696
	1 560 362	98 891	1 659 253
Chirurgie + urologie	1 767 838	112 040	1 879 878
	1 584 422	100 416	1 684 838
	1 113 220	68 710	1 152 859
Gynécologie obstétrique	1 700 038	107 743	1 807 781
	1 117 325	70 813	1 188 138
	1 113 220	70 552	1 183 772
Ophtalmologie	1 422 975	90 184	1 513 159
Total hôpital (1)	17 087 989	1 082 885	18 170 974
Dispensaire	1 602 679	101 573	1 704 252
	1 444 156	91 526	1 535 682
Total dispensaire (2)	3 046 835	193 099	3 239 934
TOTAL (3) = (1) + (2)	20 134 824	1 275 084	21 410 908

Ce tableau indique que l'hôpital et le dispensaire consomment respectivement FCFA 18.170.974 et 3.239.934 au titre des salaires des garçons et filles de salle.

En résumé, la récapitulation de la répartition des salaires et charges sur salaires en 2004 dont le détail apparaît dans l'annexe peut être présentée comme suit :

- Hôpital : 169.445.816
- Dispensaire y compris ophtalmo bus : 85.286.416
- Administration : 105.665.174
- Programmes : 7.926.231

VIII - Evaluation des dépenses de santé en 2005 :

L'évaluation des dépenses de santé en 2005 est faite sur la base des recettes de santé générées par l'établissement pour une valeur de FCFA 633.505.424 au titre de l'année. Le service comptable présente les données correspondantes par type d'activités. Le tableau en annexe indique la constitution du chiffre d'affaires selon ce critère et qui peut être présentée de la manière suivante (FCFA) :

- Hospitalisations : 306.463.625
- Consultations : 90.896.800
- Analyses de laboratoire : 93.268.860
- Actes d'imagerie : 102.162.320
- Kinésithérapie : 11.136.000
- Ophtalmo Bus : 2.389.680
- Pansements et autres soins : 15.025.534
- Autres prestations : 2.557.000
- Transport : 2.303.000
- Biens médicaux : 7.302.605.

Il faut préciser ce qui suit :

- Les soins à domicile représentent les activités menées par l'ophtalmologie aux patients de la périphérie de Thiès ;
- Les biens médicaux sont constitués des médicaments prescrits aux malades ambulatoires.
- Les autres prestations sont relatives à la location de la morgue et du corbillard.
- Les analyses de laboratoire et les actes d'imagerie sont communs à l'hôpital et au dispensaire. Ils doivent en conséquence être répartis entre ces derniers.

1 - Répartition des recettes du laboratoire et de l'imagerie :

La répartition des recettes du laboratoire et de l'imagerie entre l'hôpital et le dispensaire peut être faite sur la base des taux considérés plus haut en 2004 (respectivement 8% et 92% pour le laboratoire, 9% et 91% pour l'imagerie). Cela donne les résultats ci-après :

- ❖ Répartition recettes du laboratoire : 93.268.860
 - Part de l'hôpital : $93.268.860 * 12\% = 11.210.054$
 - Part du dispensaire : $93.268.860 * 88\% = 82.058.806$
- ❖ Répartition des recettes de l'imagerie :
 - Part de l'hôpital : $102.162.320 * 9\% = 9.107.807$
 - Part du dispensaire : $102.162.320 * 91\% = 93.054.513$.

2 - Estimation du coût de l'administration

L'administration ne fait pas de prestations médicales, mais elle appuie les prestataires et consomme donc des dépenses de santé. Son coût peut être estimé à partir de l'évolution des salaires entre 2004 et 2005, évolution qui est de 103.8%. Dans ces conditions les dépenses de l'administration peuvent être estimées à 131.213.726 en

2005 sur la base de 129.384.250 en 2004. Celles-ci doivent être supportées par les services producteurs de soins et de biens médicaux en fonction des recettes générées par leurs activités. Les résultats de cette opération sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 20 : Détermination des dépenses d'administration en 2005.

Secteur d'activités	Montant	Montant	
		Administration	Producteur
Hôpital	326 781 486	67 684 056	259 097 430
Consultations	90 896 800	18 826 844	72 069 956
Pansements et autres soins	15 025 534	3 112 138	11 913 396
Ophthalmo Bus	2 389 680	494 958	1 894 722
Kinésithérapie	11 136 000	2 306 525	8 829 475
Autres	2 557 000	529 614	2 027 386
Laboratoire	82 058 806	16 996 290	65 062 516
Imagerie	93 054 513	19 273 757	73 780 756
Transport	2 303 000	477 005	1 825 995
Distribution de biens médicaux	7 302 605	1 512 539	5.790 666
TOTAL	633 505 424	131 213 726	502 291 698

IX - Estimation du coût des programmes de santé publique en 2004 et en 2005 :

L'HSJD a mis en œuvre les activités des programmes du VIH/SIDA et de la tuberculose. Sur la base d'une étude réalisée par l'Institut de Recherche et de Développement (IRD) et commanditée par le Comité National de Lutte contre le SIDA (P. VINARD et al, 2006) d'une part, des statistiques disponibles d'autre part, le coût des programmes est de 19.220.867 réparti en 2004 entre le VIH/SIDA pour 14.747.135 et la tuberculose pour 4.473.732. En 2005, il est de 24.474.301 et se décompose dans le même ordre pour 20.406.968 et 4.467.333. Les détails figurent dans les tableaux ci-après :

Tableau 21 : Coût des programmes VIH/SIDA et TBC en 2004.

Rubriques	Nombre	Prix unitaire	Coût total	Financement	
				Etat	Patient
Programme VIH/SIDA					
Dépistage	853	765	652 545	652 545	
Examen complémentaire	66	1 740	1 378 080	285 120	1 092 960
Médicaments IO	66	1 379	1 092 168		1 092 168
Consultation spécialisée	28	500	168 000		168 000
Forfait biologique	66	1 365	1 081 080		1 081 080
Médicaments	28	362	121 632	121 632	
Prise en charge sous ARV	200	32 500	6 500 000	6 500 000	
Salaire du personnel (dépistage et prise en charge)		3 753 630	3 753 630	3 753 630	
Total (1)			14 747 135	11 312 927	3 434 208

Programme TBC					
Dépistage	767	285	218 595		218 595
Prise en charge médicale	228	362	82 536	82 536	
Salaire du personnel (dépistage et prise en charge)		4 172 601	4 172 601	4 172 601	
Total (2)			4 473 732	4 255 137	218 595
TOTAL (3) = (1) + (2)			19 220 867	15 568 064	3 652 803

Tableau 22 : Coût des programmes VIH/SIDA et TBC en 2005.

Rubriques	Nombre	Prix unitaire	Coût total	Financement	
				Etat	Patient
Programme VIH/SIDA					
Dépistage	842	765	644 130	644 130	
Médicaments IO	54	1 379	893 592		893 592
Examen complémentaire	648	1740	1.127.520	233.280	894 240
Consultation spécialisée	54	500	324 000		324 000
Forfait biologique	54	1 365	884 520		884 520
Médicaments ARV	386	32 500	12 545 000	12 545 000	
Médicaments TBC	54	362	234 576	234 576	
Salaires (dépistage et prise en charge)		3 753 630	3 753 630	3 753 630	
Total (1)			20 406 968	17 410 616	2 996 352
Programme TBC					
Examen de crachats	758	300	227 400		227 400
Médicaments	186	362	67 332	67 332	
Salaire agent du traitement		4 172 601	4 172 601	4 172 601	
Total (2)			4 467 333	4 239 933	227 400
TOTAL (3) = (1) + (2)			24 874 301	21 650 549	3 223 752

X - Estimation des dépenses de médicaments en 2004 et en 2005 :

Comme il a été indiqué plus haut, il n'existe pas de statistiques en ce qui concerne les ordonnances délivrées par les médecins après les consultations des malades ambulatoires. L'estimation des dépenses de médicaments de cette catégorie a été effectuée de la manière suivante :

- Etablissement des ordonnances en double exemplaire par les médecins sur une période de trois semaines, l'original et la copie étant respectivement destiné aux malades et aux fins de cette recherche ;
- Détermination du coût moyen pondéré des ordonnances ;
- Correction du coût moyen pondéré des ordonnances par la prise en compte des taux d'évolution des prix des produits 2006/2005 et 2005/2004 ;
- Estimation des dépenses de médicaments par le produit des prix corrigés et du nombre de consultations réalisées chaque année.

Il faut préciser que nous considérons que tous les médicaments qui sont prescrits ont été intégralement achetés par les malades.

Tableau 23 : Calcul du coût des médicaments prescrits en 2004 et en 2005.

Désignation	Détails des calculs	Résultats
Nombre d'ordonnances établies		162
Prix total des ordonnances		1.518.678
Prix moyen pondéré	1.518.678/162	9375
Evolution des prix :		
- 2006/2005		0,033
- 2005/2004		0,177
Prix moyen pondéré corrigé		
- 2005	9.375 * (1-0,177)	7.715
- 2004	7.715 * (1-0,033)	7.461
Nombre de consultations		
- en 2004	19.591	
- en 2005	14.787	
Coût total des médicaments		
- en 2004	19.591 * 7.461	146.161.705
- en 2005	14.787 * 7.715	114.085.538

A l'issue de ce processus, l'on obtient les valeurs suivantes (FCFA) :

- Dépenses de médicaments en 2004 : 146.161.705
- Dépenses de médicaments en 2005 : 114.085.539.

A ces montants, il faut ajouter les valeurs de FCFA 3.053.273 et 5.790.066 préalablement déterminées pour respectivement 2004 et 2005, ce qui les porte à FCFA 149.214.978 et 119.875.605.

En résumé, la récapitulation de la répartition des dépenses en 2004 et en 2005 peut être présentée dans le tableau suivant :

Tableau 24: Récapitulation des dépenses de santé en 2004 et 2005.

Secteur d'activités	Montant		Pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
Hôpital	293 806 363	259 097 430	41	34
Consultations	42 615 310	72 069 956	6	9
Pansements et autres soins	2 616 036	11 913 396	-	2
Ophtalmo bus	1 599 927	1 894 722	-	0
Kinésithérapie	1 996 711	8 829 475	-	1
Autres	2 445 995	2 027 386	-	0
Laboratoire	38 578 866	65 062 516	5	8
Imagerie	31 663 387	73 780 756	4	10
Transport	12 411 276	1 825 995	2	0
Distribution de biens médicaux	149 214 978	119 875 605	20	16
Fourniture et gestion des programmes	19 220 867	24 874 301	3	3
Administration de la santé	129 384 250	131 213 726	18	17
TOTAL	725 553 966	772 465 264	100	100

Chapitre VI – Présentation des résultats.

En 2004, l'hôpital St Jean de Dieu a bénéficié de concours externes pour faire face à la couverture des dépenses engendrées par ses activités. Par contre, en 2005, ce sont ses recettes propres qui lui ont permis de financer le coût de ses prestations. C'est pourquoi la détermination des dépenses de santé a été faite en partant de ses charges qui représentent la contrepartie des soins reçus par les malades qui ont fait recours à cette structure hospitalière. Cependant, en 2005, étant donné que les recettes couvrent les dépenses sans concours extérieur, l'exercice prend en compte la valeur payée par les agents de financement dans le cadre de l'amélioration de l'état de santé des malades.

Le traitement des données en vue de leur répartition selon les différents agrégats a été basé sur les données disponibles. Le processus a abouti à la détermination des dépenses de santé pour les deux années considérées. Le tableau qui en découle indique les activités qui ont été menées par la formation sanitaire pendant la période (cf. Tableau 22 de la présente étude). De ces résultats, l'on peut déterminer les éléments des comptes de la santé, établir ces comptes et procéder à leur analyse et interprétation. Ces éléments sont :

- les agents de financement qui ont concouru à la couverture financière de ces dépenses de santé ;
- l'origine des ressources
- les prestataires qui ont produit les services de santé ou fourni les biens médicaux ;
- les agrégats des comptes de la santé que sont la dépense courante de santé et la consommation médicale totale ;
- établir les comptes de la santé de l'HSJD ;
- interpréter les résultats.

Il faut rappeler que les dépenses de santé s'élèvent à la somme de 725.553.966 en 2004 et à 772.465.265 en 2005.

I – Détermination des agents de financement :

Les agents de financement sont les acteurs du système de santé qui achètent les services et les biens de santé. La démarche vise à affecter à chaque agent de financement sa contribution dans le cadre de la couverture financière des soins et des biens, autrement dit la part des achats effectués par chaque acteur.

1 - Détermination des agents de financement en 2004 :

L'identification des agents de financement en 2004 a été faite selon la démarche suivante :

- déterminer le coût financier des prestations et des biens dont ont bénéficié les malades pour leur santé ;
- identifier les acteurs qui ont fait les mises à disposition des ressources matérielles et financières consommées ;

- ventiler les contributions des différents agents de financement pour couvrir le coût des soins et des biens, que ces contributions soient faites gratuitement ou non.

Il faut signaler que les recettes propres générées par les activités sont de 424.126.654 constituées des facturations et des encaissements directs (seules les hospitalisations font l'objet de facturations aux clients). Le coût des activités de santé menées par l'hôpital se chiffre à 583.748.730. L'écart entre ce montant et les recettes totales a été comblé par des apports reçus à titre gracieux par l'établissement de la part de l'Etat et des institutions à but non lucratif au service des ménages. Par ailleurs, il faut ajouter au coût de production des activités, c'est-à-dire 583.748.730, la valeur des médicaments prescrits aux malades après les consultations des médecins, soit 141.805.236, en vue d'obtenir le montant des dépenses de santé. Ainsi, les dépenses de santé de l'année 2004 s'élèvent à la somme de 725.553.966.

❖ **Agents de financement des dépenses d'hospitalisation :**

Les dépenses d'hospitalisations s'élèvent à la somme de FCFA 293.806.363. Le dépouillement de la situation des hospitalisations a abouti à l'identification des agents de financement auxquels les facturations ont été faites pour des recettes de FCFA 212.516.615. Ces recettes se répartissent entre les agents de financement dans l'achat des soins et biens de santé de la manière suivante :

- Institution de Prévoyance Sociale (IPRES) : 3.588.000
- Ministère de l'Education : 10.211.680
- Collectivités locales : 752.600
- Régimes d'assurances (CSS, IPM) : 116.975.010
- Mutuelles de santé : 25.435.200
- Ménages : 55.554.125.

Pour combler l'écart entre dépenses et recettes hospitalières pour le montant de 81.289.748, l'on doit prendre en compte les éléments ci-après: les dons que l'hôpital a reçus de différentes institutions à but non lucratif (IBNL) pour la valeur de FCFA 4.444.261. Ces dons qui sont constitués de médicaments et d'aliments sont destinés aux malades hospitalisés. Le reste, soit la valeur de 76.845.487, a été couvert à partir de la subvention de FCFA de 216.385.806 allouée par l'Etat. Cette subvention n'a pas été accordée avec indication des lignes budgétaires. Il est important de préciser que cette couverture prend en considération les salaires des fonctionnaires de la santé que l'Etat prend en charge et qui exercent dans l'hôpital.

❖ **Agents de financement des dépenses des soins ambulatoires et des diagnostics courants :**

Le coût des soins ambulatoires et des diagnostics courants se chiffre à FCFA 133.927.508. Il est couvert par :

- les paiements des usagers pour FCFA 130.586.110 ;
- les dons des institutions à but non lucratif au service des ménages pour FCFA 2.303.515 ;

- la prise en charge par l'Etat du salaire de l'agent de la kinésithérapie pour FCFA 1.037.883.

Comme on peut le constater, les soins ambulatoires et les diagnostics courants sont globalement pris en charge par les ménages qui interviennent pour plus de 97% à travers les paiements directs. Les sociétés d'assurance et les mutuelles ne participent pas au financement des soins ambulatoires (selon les statistiques disponibles). Notons cependant que les adhérents aux mutuelles de santé bénéficient de réduction des coûts des soins ambulatoires.

❖ **Agents de financement des fournitures et programmes de santé publique :**

L'HSJD participe à la mise en œuvre des programmes de santé publique : le VIH/SIDA et la tuberculose. Le coût de cette mise en œuvre en 2004 est de FCFA 19.220.867. Il est supporté par :

- l'Etat pour le VIH/SIDA pour le dépistage, les salaires des agents et la prise en charge médicale d'une valeur de 15.568.064 ;
- les patients pour 3.652.803.

Il s'agit ici de la traduction de la participation de l'HSJD à la mise en œuvre des programmes de santé publique. La contribution de l'Etat est prédominante (81%), le reste (19%) est couvert par les ménages au titre du coût de traitement des maladies opportunistes du VIH/SIDA principalement. La part de l'Etat couvre principalement les médicaments antirétroviraux en application de la politique de santé (gratuité des ARV), le coût de dépistage volontaire du VIH, les examens de crachats et les salaires du personnel.

❖ **Agents de financement des biens médicaux :**

Les biens médicaux constitués des médicaments sont entièrement payés par les patients pour une valeur de 149.214.978 auprès des distributeurs (pharmacie et cellule IB de l'hôpital). La part des médicaments consommés par les malades hospitalisés est comprise dans le montant des factures des journées d'hospitalisation.

❖ **Agents de financement des dépenses d'administration :**

L'administration de l'hôpital a coûté la somme de 129.384.250 qui a été imputée financièrement sur la subvention de l'Etat et sur les paiements directs des usagers pour respectivement FCFA 105.806.914 et 23.577.336 en complément à la contribution de ceux-ci.

2 - Détermination des agents de financement en 2005 :

En ce qui concerne l'année 2005, les recettes de l'hôpital se chiffrent à la somme de FCFA 633.505.424. Pour obtenir le montant des dépenses de santé (772.465.265), il faut ajouter à ces recettes la valeur des médicaments sur ordonnances (114.085.540) et le coût des programmes de santé publique de l'année (24.874.301). L'ensemble de

ces ressources représente la valeur des achats effectués par les agents de financement.

Le dépouillement des recettes de 633.505.424 générées par les prestations de l'hôpital permet d'obtenir leur répartition entre les agents de financement de la manière suivante :

- IPRES : 3.216.000
- Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale : 16.980.805
- Ministère de l'Education : 13.115.960
- Collectivités locales : 1.490.850
- Régimes d'assurances maladie : 191.082.141
- Mutuelles de santé : 45.366.995
- Ménages (paiements directs) : 362.252.673.

Il faut faire remarquer que la contribution financière du MSPM pour 16.980.805 découle de la prise en charge des salaires des fonctionnaires de santé par l'Etat. En effet, l'on est face à une alternative, à savoir :

- le montant est à la charge des ménages comme l'indiquent les statistiques des recettes, ce qui monterait leur contribution à 379.233.478 et annulerait du coup l'imputation du montant à l'Etat ;
- le montant est supporté par le MSPM pour respecter la prise en charge des salaires des fonctionnaires par l'Etat. Le choix de cette solution dégagerait conséquemment les ménages de cette valeur au profit de l'Etat tel qu'indiqué dans l'option que nous avons retenue ci-dessus. Cette remarque sera valable pour toute la suite de ce travail en ce qui concerne l'année 2005.

La mise en œuvre des programmes de santé publique a coûté la somme de 24.874.301 supportée par l'Etat pour 21.650.549 et par les ménages pour 3.223.752.

La valeur des médicaments délivrés sur ordonnances s'élève à 114.085.540. Elle a été intégralement supportée par les ménages. L'intégration de la valeur des médicaments, de la contribution des ménages et du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale au financement aux programmes de santé publique fait monter leurs participations financières respectives à 479.561.965 et à 38.631.354.

En résumé, la situation des agents de financement en 2004 et en 2005 peut être présentée dans le tableau et les graphiques ci-dessous.

Tableau 25 : Situation des agents de financement de l'HSJD en 2004 et en 2005.

Désignation	Montant		Pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
IPRES	3.588.000	3.216.000	-	-
Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale	202.586.126	38.631.354	28	5
Ministère de l'Education	10.211.680	13.115.960	1	2
Collectivités locales	752.600	1.490.850	-	-
Régimes d'assurances maladie	116.975.010	191.082.141	16	25
Mutuelles de santé	25.435.200	45.366.995	4	6
Ménages	359.257.574	479.561.965	50	62
Institution à but non lucratif	6.747.776	-	1	-
TOTAL	725.553.966	772.645.265	100	100

II – Détermination des sources de financement :

Cet exercice vise à déterminer la provenance des ressources collectées et centralisées par les agents de financement en vue de leur utilisation dans la structure sanitaire pour l'achat des soins et biens de santé en faveur des usagers. Ces ressources sont soit d'origine publique, soit d'origine privée.

❖ Détermination des sources de financement en 2004 :

Les sources publiques de financement de la santé sont constituées du budget de l'Etat (l'Administration Centrale) et du budget local (l'Administration locale) pour un apport de 217.138.406. Elles ont assuré le financement des dépenses de santé couvertes par :

- l'IPRES : 3.588.000 ;
- le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale : 202.586.126 ;
- le Ministère de l'Education : 10.211.680 ;
- l'Administration locale : 752.600.

Les fonds des autres éléments pour la valeur de 508.415.560 sont d'origine privée. Ils se décomposent de la manière suivante :

- les régimes d'assurance privées (IPM, CSS, mutuelles) : 142.410.210 ;
- les paiements directs de ménages : 359.257.574 ;
- les institutions à but non lucratif au service des ménages : 6.747.776.

❖ Détermination des sources de financement en 2005 :

Comme il a été dit plus haut, les acteurs dans le financement de la santé de l'hôpital St Jean de Dieu sont les mêmes en 2004 qu'en 2005 à l'exception des institutions à but non lucratif qui n'ont pas intervenu en 2005. Ainsi, les valeurs des sources de financement sont les suivantes :

- a) Sources publiques : 56.454.164 comprenant :

- IPRES : 3.216.000 ;
- le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale : 38.631.354 ;
- le Ministère de l'Education : 13.115.960 ;
- l'Administration locale : 1.490.850.

b) Sources privées : 716.011.101 regroupant :

- les régimes d'assurance privés (IPM, CSS, mutuelles) : 236.449.136 ;
- les paiements directs des ménages : 479.561.965.

Le tableau ci-dessous présente la situation des sources de financement des deux périodes.

Tableau 26 : Situation des sources de financement en 2004 et en 2005.

Sources de financement	Montant		Pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
Sources publiques	217.138.406	56.454.164	30	7
Budget de l'Administration Centrale	216.385.806	54.9633.314	30	7
Budget de l'Administration Locale	752.600	1.490.850	-	-
Sources privées	508.415.560	716.011.101	70	93
Régimes d'assurances privées	142.410.210	236.449.136	20	31
Ménages	359.257.574	479.561.965	49	62
Institutions à but non lucratif	6.747.776	-	1	-
TOTAL	725.553.966	772.465.265	100	100

III - Détermination des prestataires :

L'identification des prestataires a pour but de déterminer les acteurs de la santé qui fournissent les soins de santé et les biens médicaux en contrepartie desquels ils sont rémunérés.

Les prestataires identifiés à l'hôpital ST Jean de Dieu sont :

- L'hôpital
- Les cabinets de consultations
- Les prestataires de soins ambulatoires et de diagnostics courants
- Le service de transport sanitaire
- Les distributeurs de biens médicaux
- Fournitures et programmes de santé publics
- Administration de l'hôpital.

Il faut signaler que les prestataires de la morgue ont été intégrés au titre des soins ambulatoires.

Ainsi, sur la base de la détermination des coûts en 2004 effectuée dans le traitement des données au Chapitre 5 de ce travail et le dépouillement des Etats financiers de l'établissement en 2005, la situation des prestataires peut être présentée dans le tableau suivant.

Tableau 27 : Situation des prestataires en 2004 et en 2005.

Prestataires	Montant		Pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
Hôpital	293.806.363	259.097.430	40	34
Cabinets médicaux	42.615.310	72.069.956	6	9
Prestataires de soins ambulatoires	91.312.198	165.334.247	13	21
Distributeurs de biens médicaux	149.214.978	119.875.605	21	16
Fournitures et programmes de santé publique	19.220.867	24.874.301	3	3
Administration de l'hôpital	129.384.250	131.213.726	18	17
TOTAL	725.553.966	772.465.265	100	100

IV - Détermination des agrégats des comptes de la santé de l'HSJD :

A partir des éléments qui précèdent, l'on peut établir les agrégats des comptes de la santé de l'hôpital St Jean de Dieu. On considèrera que la mise en œuvre des programmes de santé publique (MSPM) représente la médecine préventive.

1 - La dépense courante de santé en 2004 et en 2005 :

La dépense courante de santé est constituée des éléments ci-après :

- Les dépenses pour les malades qui regroupent les soins et biens médicaux et la subvention à ce titre ;
- les dépenses de prévention ;
- le coût de la gestion de l'hôpital (administration).

Le tableau suivant donne la composition de la dépense courante de santé de l'hôpital.

Tableau 28 : La dépense courante de santé en 2004 et en 2005

Rubriques	Montant		Pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
Dépenses pour les malades (1)	576.948.849	616.377.238	80	80
- Soins et biens médicaux	374.362.723	577.745.884	52	75
- Subventions à l'hôpital	202.586.126	38.631.354	28	5
Dépenses de prévention (2)	19.220.867	24.874.301	2	3
Coût de gestion de l'hôpital (3)	129.384.250	131.213.726	18	17
Dépense courante de santé (1)+(2)+(3)	725.553.966	772.465.265	100	100

2 - La consommation médicale totale en 2004 et en 2005 :

La consommation médicale totale est constituée de la consommation de soins et biens médicaux et des services de la médecine préventive et dont la constitution est indiquée dans le tableau ci-après.

Tableau 29 : La consommation médicale totale en 2004 et en 2005.

Rubriques	Montant		Pourcentage	
	2004	2005	2004	2005
Consommation médicale totale	596.169.716	641.251.539	100	100
Consommation de soins et biens médicaux	576.948.849	616.377.238	97	96
Soins hospitaliers	293.806.363	259.097.430	49	40
Soins ambulatoires	121.516.232	235.578.208	20	37
- Soins de médecins	44.215.237	73.964.678	7	12
- Soins d'infirmiers	2.616.036	11.913.396	-	2
- Masseurs - kinésithérapeutes	1.996.711	8.829.475	-	1
- Analyses de laboratoire et imagerie	70.242.253	138.843.273	12	22
- Autres soins ambulatoires	2.445.995	2.027.385	-	-
Transport de malades	12.411.276	1.825.995	2	-
Biens médicaux - Médicaments	149.214.978	119.875.605	25	19
Médecine préventive	19.220.867	24.874.301	3	4

V - Etablissement des tableaux des comptes de la santé de l'HSJD :

A partir des résultats ci-dessus, on peut établir les tableaux des comptes de la santé de l'HSJD en faisant différents croisements. Aux fins de cette recherche, les croisements opérés sont les suivants :

- Sources de financement – Agents de financement
- Agents de financement – Prestataires
- Agents de financement – Fonctions
- Prestataires – Fonctions.

Les tableaux issus du traitement figurent en annexe dans les tableaux suivants :

- Annexe 13 – Sources de financement X Agents de financement en 2004
- Annexe 14 – Agents de financement X Prestataires en 2004
- Annexe 15 - Agents de financement X Fonctions en 2004
- Annexe 16 – Prestataires X Fonctions en 2004
- Annexe 17 – Sources de financement X Agents de financement en 2005
- Annexe 18 – Agents de financement X Prestataires en 2005
- Annexe 19 - Agents de financement X Fonctions en 2005
- Annexe 20 – Prestataires X Fonctions en 2005

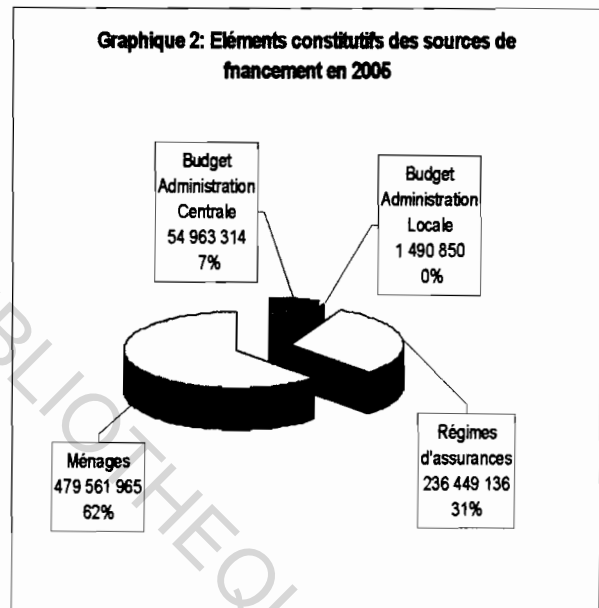
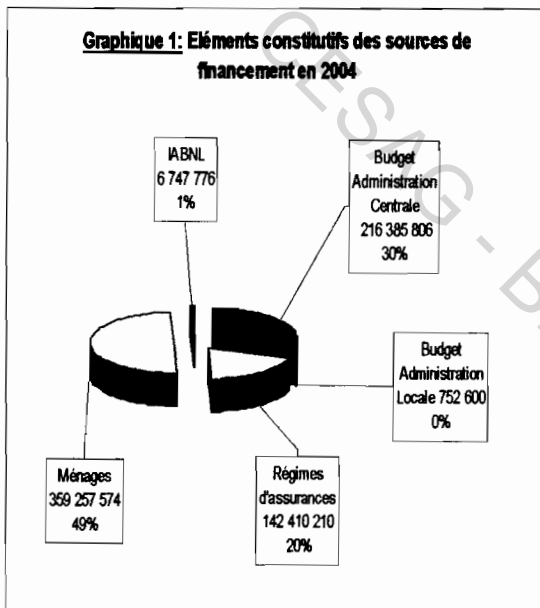
Chapitre VII - Interprétation des résultats

L'interprétation des résultats est basée sur l'analyse des différents tableaux élaborés et présentés ci avant.

I - Interprétation de la partie des sources de financement :

L'interprétation des sources de financement privilégie l'origine des ressources. Les graphiques ci-dessous indiquent leur provenance. Les sources publiques sont constituées des ressources des budgets de l'Administration et des Collectivités locales tandis que les sources privées sont comprennent les contributions des ménages, les cotisations aux assurances privées et la participation des Institutions à but non lucratif.

Graphiques des sources de financement en 2004 et 2005



❖ Sources de financement en 2004 :

Le graphique 1 donne la provenance des fonds en 2004.

A la lecture de ce graphique, il se dégage que les fonds proviennent pour 30% des sources publiques et pour 70% des sources privées.

Les sources publiques sont constituées par la subvention de l'Etat et les collectivités locales pour les prestations reçues par leurs agents.

Les sources privées se répartissent entre les ménages qui apportent 49% à travers les paiements directs, les cotisations aux régimes d'assurance privés (IPM, CSS, mutuelles de santé) pour 20% et la contribution des institutions à but non lucratif pour 1%. En considérant que les ménages cotisent pour 50% aux régimes d'assurance privés comme c'est le cas dans les IPM (en plus des mutuelles de santé où ils sont les seuls financeurs), leur part au financement de la santé augmente dans la

proportion de ces contributions. Par conséquent, les ménages apparaissent comme la principale source de financement avec 69% des dépenses de santé en 2004.

❖ Sources de financement en 2005 :

Les sources de financement en 2005 sont représentées dans le graphique 2.

Ce graphique montre que les ressources proviennent à hauteur de 7% des sources publiques et de 93% des sources privées. Les paiements directs des ménages représentent 62% de l'ensemble. Les cotisations aux régimes d'assurance privés qui étaient de 20% en 2004 montent à 31% en 2005. En adoptant le même raisonnement qu'en 2004, l'on peut établir que le poids de la maladie en 2005 a reposé sur les ménages avec un niveau de financement de plus de 80%, à savoir : les paiements directs de 62% auxquels il faut ajouter la moitié des cotisations aux IPM et à la CSS et l'apport aux mutuelles de santé intégralement financés par les ménages.

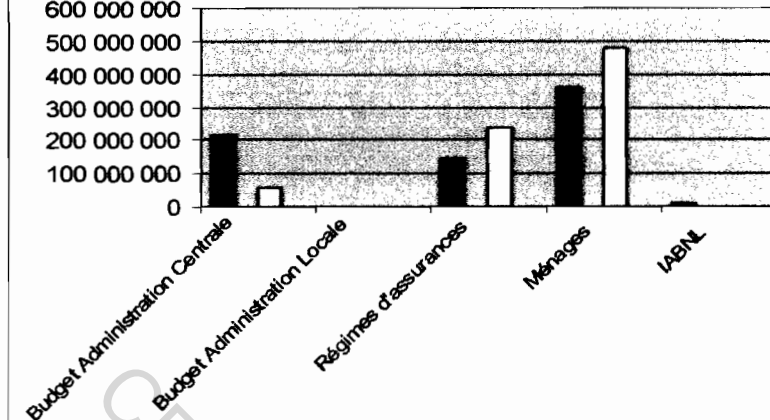
A partir du tableau 14 qui donne la situation des sources de financement et de ces graphiques 1 et 2, l'on constate qu'à l'exception des institutions à but non lucratif en 2004, la santé des individus qui ont fait recours à l'HSJD a été financée par les mêmes acteurs en 2004 et en 2005. Les graphiques illustrent les parts respectives des différentes sources de financement. Ils indiquent que les sources publiques ont couvert 30% les dépenses de santé à l'HSJD à hauteur de 30% en 2004 contre 7% en 2005. Conséquemment, les parts des sources privées sont passées de 70% à 93% au cours de la période. Il est important de signaler que sur l'ensemble des dépenses, les ménages ont supporté le plus gros poids sur les deux années surtout en 2005 pour 62% sous forme de paiements directs, suivis des cotisations aux régimes d'assurances en 2005 pour 20% et 31%. Ils restent les principaux financeurs de la santé à l'HSJD au cours des deux années même en dehors des cotisations qu'ils versent aux régimes d'assurances (CSS, IPM, Mutuelles de santé).

Les graphiques ci-dessous (graphiques 15 et 15bis) nous donnent l'évolution des sources de financement en valeurs absolues et en valeurs relatives entre 2004 et 2005. Ils indiquent que :

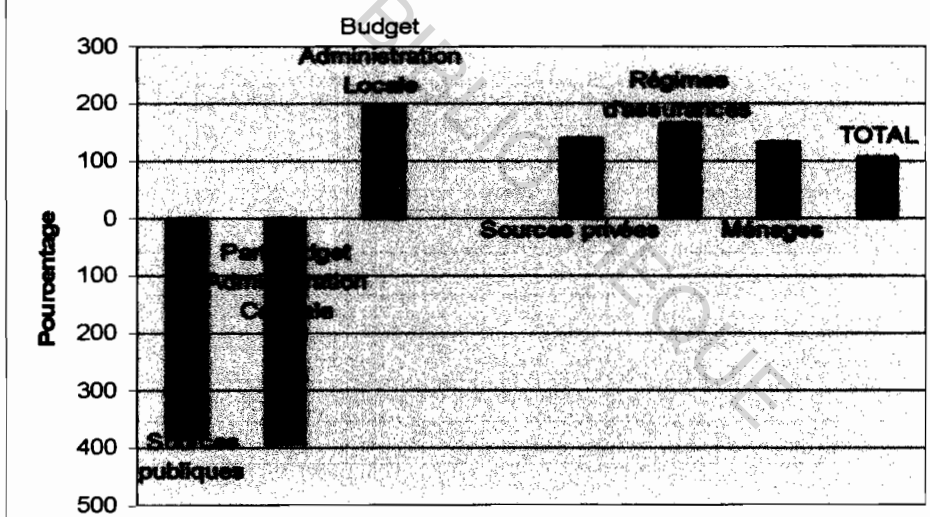
- Les dépenses de santé de l'HSJD ont eu une hausse de 6% ;
- la contribution des sources publiques a chuté de près de 1 sur 4 (385%) tandis que celle des sources privées a connu un accroissement de près de 41% ;
- la part de l'Administration centrale a connu la forte baisse de 394% contre un accroissement de celle de l'Administration locale de 98% ;
- les cotisations aux régimes d'assurances privés et les paiements directs des ménages ont eu des augmentations respectives de 66% et 33%.

Il faut signaler que l'augmentation des cotisations aux régimes d'assurance privés de 66% n'a pas entraîné, contrairement à ce auquel on devrait s'attendre, la diminution des paiements directs. Cette situation peut provenir du fait que les dépenses de soins à l'HSJD ont été essentiellement supportées par les ménages en dehors de la contribution du financement des sources publiques pour 7% de l'ensemble.

**Graphique 15 : Evolution des sources de financement
2004-2005**



**Graphique 15bis - Variation des sources de financement
entre 2004 et 2005 en valeurs relatives.**



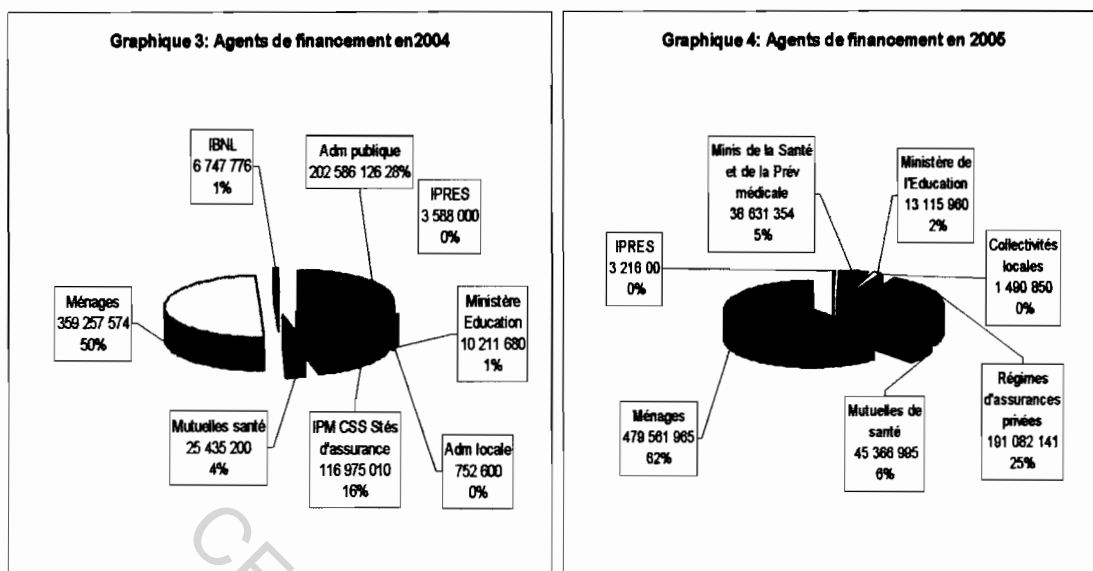
II - Interprétation de la partie des agents de financement :

Les agents de financement sont les collecteurs de fonds et les payeurs des services et des biens de santé. Les ménages occupent la position prédominante au cours de la période.

❖ Agents de financement en 2004 :

Le graphique 3 donne les taux de participation financière des agents de financement en 2004.

Graphiques des agents de financement en 2004 et en 2005.



Le graphique 3 montre que les parts contributives des agents de financement se situent dans les proportions suivantes :

- ménages: 50% ;
- administration centrale à travers le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale : 28% ;
- Ministère de l'Education : 1%
- régimes d'assurance privés (IPM, CSS, sociétés d'assurance privées) : 16% ;
- mutuelles de santé : 4% ;
- institutions à but non lucratif au service des ménages : 1%.

❖ Agents de financement en 2005 :

La décomposition des agents de financement est donnée dans le graphique 4.

Les agents de financement ont couvert les dépenses de santé en 2005 dans les proportions suivantes :

- ménages: 62% ;
- administration centrale à travers le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale : 5% ;
- Ministère de l'Education : 2%
- régimes d'assurance privés (IPM, CSS, sociétés d'assurance privées) : 25% ;
- mutuelles de santé : 6%.

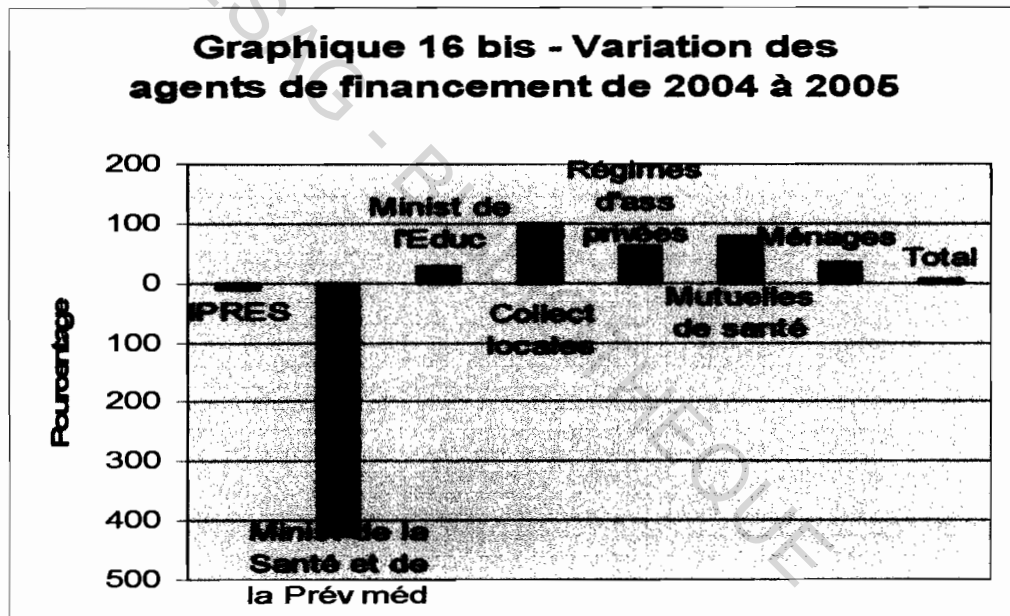
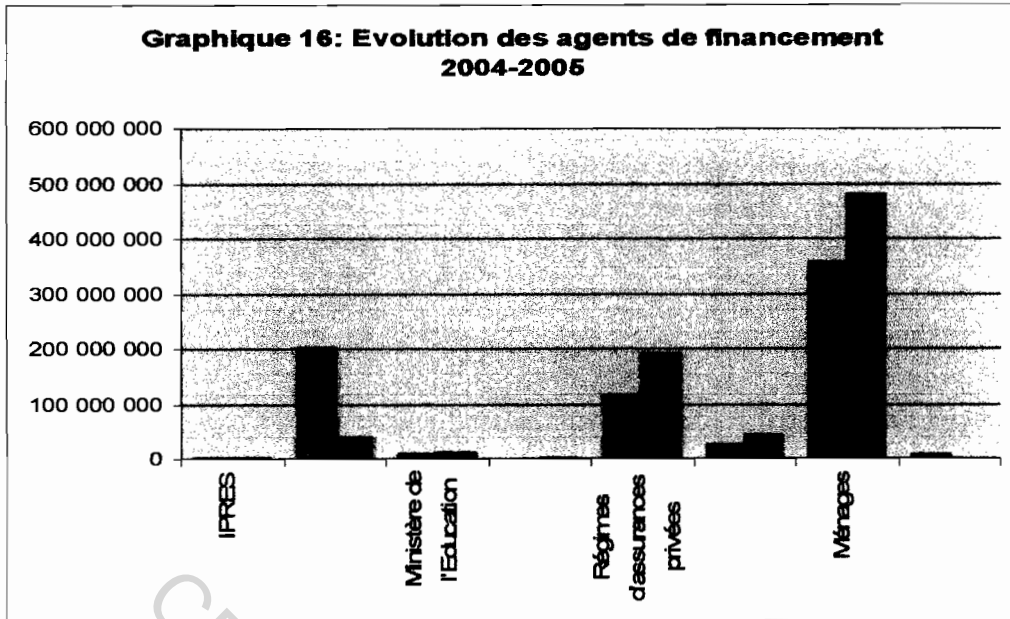
Les graphiques 3 et 4 ci-dessus et les graphiques 16 et 16bis ci-dessous indiquent qu'en valeur absolue et en valeur relative, les ménages collectent la plus forte part des ressources destinées aux dépenses de la santé à l'hôpital St Jean de Dieu, avec 50% en 2004 et 62% en 2005. Les interventions financières de tous les agents de financement ont connu un accroissement, sauf en ce qui concerne le MSPM, l'IPRES et les IBNL, celles-ci n'ont d'ailleurs fourni aucun apport en 2005. Cependant, il est

important de noter que le niveau de participation des mutuelles malgré son accroissement, ne représente que 4% et 6% du financement respectivement en 2004 et 2005. Ce constat permet de déduire que la mutualité a besoin d'appui car, cette alternative du financement de la santé semble la plus adaptée à nos pays où le secteur informel est prédominant. Notons que ces niveaux de participation financière concernent la région de Thiès qui est considérée comme le berceau de ce mouvement au Sénégal.

Les mutuelles de santé de Thiès sont de petite taille. Les conventions qu'elles ont signées avec l'hôpital ne portent que sur la prise des frais d'hospitalisation de leurs adhérents pour des durées variables qui dépassent rarement dix (10) jours. Il faut préciser cependant que l'hôpital leur accorde des réductions dégressives sur les tarifs entre 50% et 35% selon la durée de la convention de prestations qu'elles ont passées avec l'hôpital.

Il découle de tout ce qui précède que malgré les efforts fournis par les promoteurs, le mouvement de la mutualité de la santé est loin d'atteindre les espoirs des populations compte tenu du bas niveau de sa contribution. Ce constat amène à poser le problème d'équité dans l'accès aux services de santé. En effet, le secteur informel est prédominant au Sénégal comme dans tous les pays en voie de développement. Dans ces pays, les régimes d'assurances privés (hors mutuelles de santé) ne couvrent que les employés du secteur formel qui ne représentent que 15% de la population en plus de quelques « privilégiés ». Les mutuelles de santé représentent l'alternative dans le financement de la santé (DAFF Bocar, Cours CESAG, 2006). Il est dans ces conditions important que l'Etat mette en place un mécanisme de promotion et de développement de la mutualité dans le but d'assurer une plus grande accessibilité des populations aux services et biens de santé par le partage du coût du risque maladie.

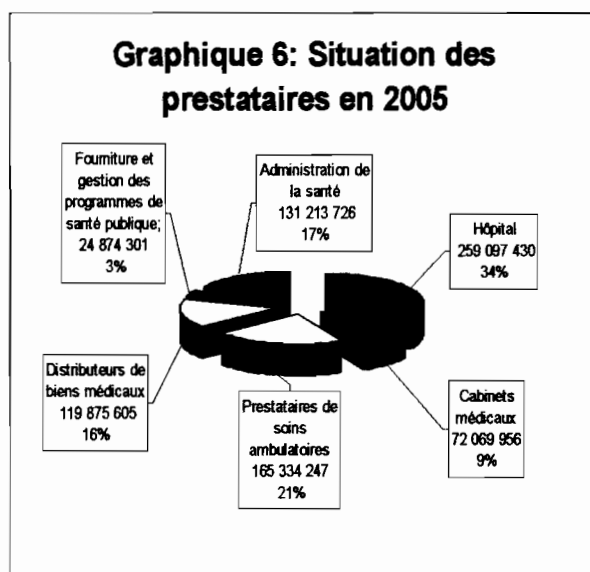
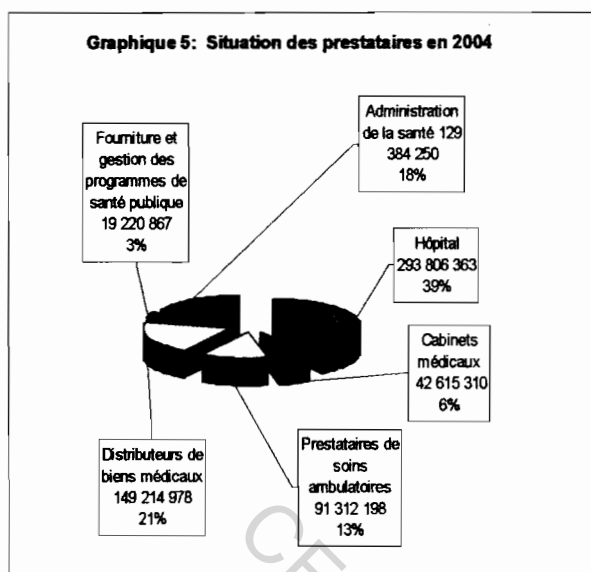
Au point de vue variation des contributions des agents de financement de 2004 à 2005, les graphiques 16 et 16 bis indiquent des augmentations pour toutes les composantes, sauf le Ministère de la Santé et de la Prévention dont la part est passée de 424 en 2004 à 100 en 2005, soit plus de 1/4. Le plus fort accroissement se situe au niveau des Collectivités locales malgré la faiblesse de sa participation financière. Ensuite viennent les mutuelles de santé (78%), les régimes d'assurances privées (63%), les ménages (33%), le Ministère de l'Education (28%). Les dépenses totales ont connu une augmentation de 6%. La tendance du financement des régimes d'assurance et des mutuelles de santé traduit les efforts pour une évolution positive de ces mouvements, efforts qui doivent être appuyés surtout en ce qui concerne les mutuelles de santé, le cas des régimes d'assurances privées n'intéressant en général que le secteur formel et quelques privilégiés.



III - Interprétation de la partie des prestataires :

Les prestataires sont ceux qui produisent les services de santé ou fournissent les biens médicaux en contrepartie desquels ils reçoivent des ressources des agents de financement. Les graphiques qui suivent donnent le niveau de participation des prestataires à l'atteinte des objectifs de l'HSJD.

Graphique des prestataires en 2004 et en 2005.



❖ Prestataires en 2004

A la lecture du Graphique 5, les productions et les fournitures faites par les prestataires se répartissent dans les proportions suivantes :

- hôpital : 39% ;
- cabinets de consultations : 6% ;
- prestataires de soins ambulatoires : 13% ;
- fourniture et gestion des programmes de santé publique : 3% ;
- distributeurs de biens médicaux (médicaments) : 21% ;
- administration de l'établissement hospitalier : 18%.

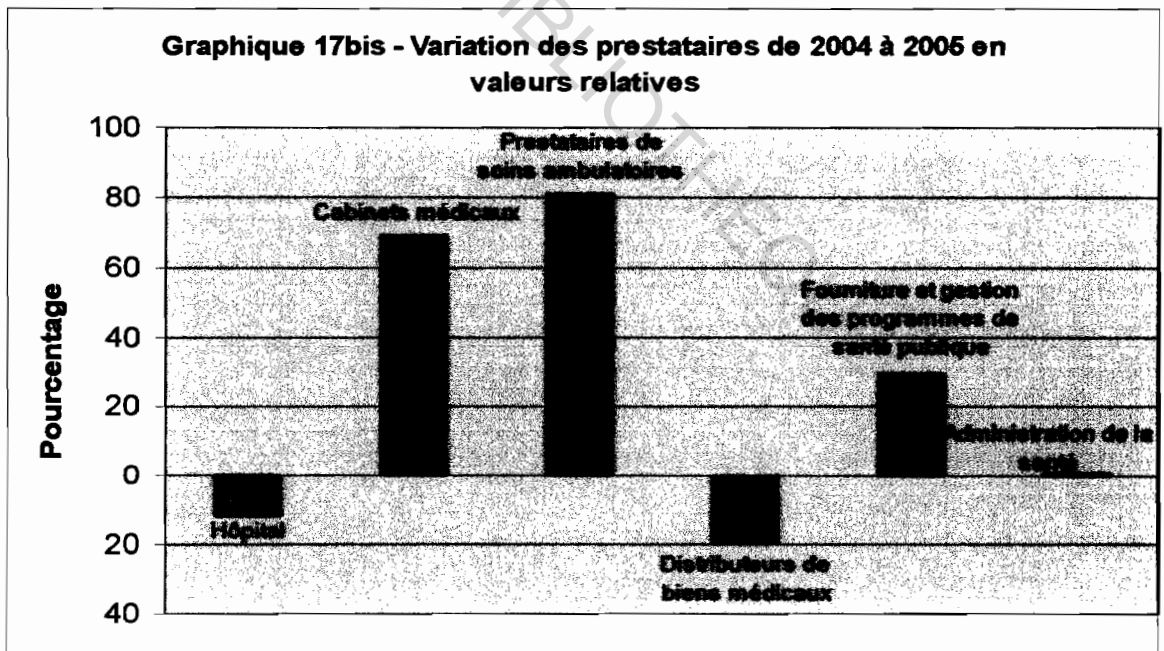
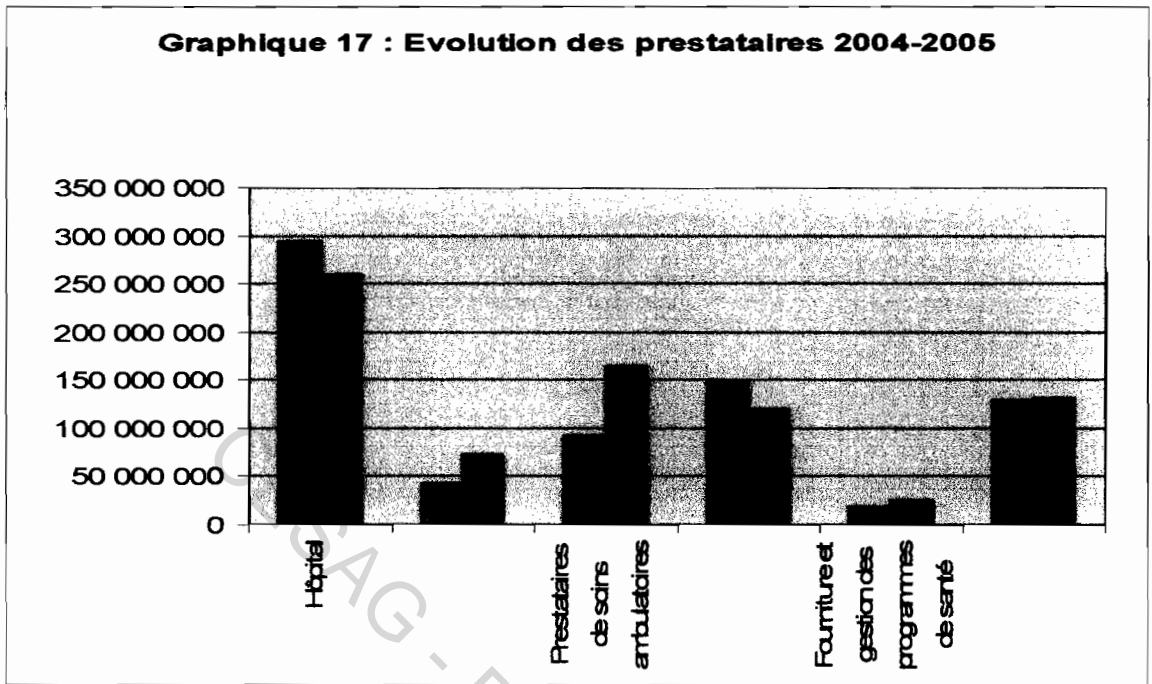
❖ Prestataires en 2005 :

En 2005, les prestataires de soins de santé et les distributeurs de biens médicaux ont fourni dans les proportions Graphique 6:

- Hôpital : 34% ;
- cabinets médicaux : 9% ;
- prestataires de soins ambulatoires et de diagnostics courants et de transport de malades : 21% ;
- fourniture et gestion des programmes de santé publique : 3% ;
- distributeurs de biens médicaux : 16% ;
- administration de l'établissement hospitalier : 17%.

Les graphiques 5 et 6 indiquent que la contribution de l'hôpital reste la plus importante au cours des deux années (39% et 34%) suivi des distributeurs de biens médicaux en 2004 (21%) et des prestataires de soins ambulatoires en 2005 (21%). L'administration de l'hôpital qui ne produit pas de soins ou de biens de santé directement, continue à occuper la troisième place alors que la part de la fourniture et gestion des programmes de santé publique s'est maintenue à 3% pendant la période.

L'évolution des prestataires dans la fourniture des biens et services de santé est montrée dans les graphiques 17 et 17 bis ci-après.



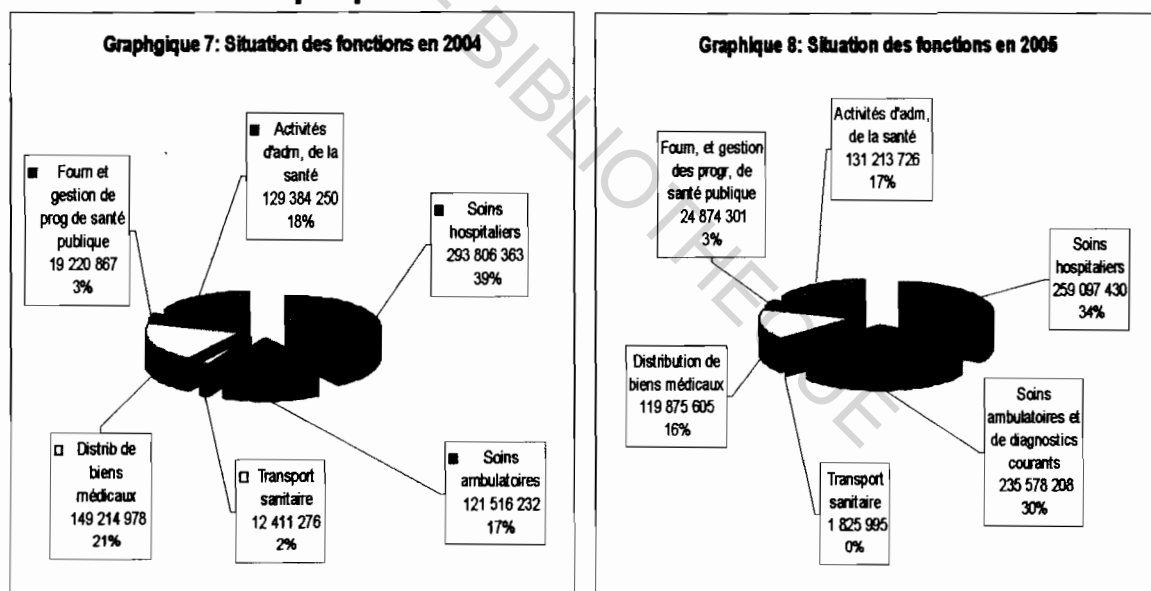
Les graphiques ci-dessus montrent que les dépenses d'hospitalisation ont baissé en valeur absolue et en valeur relative (12%) entre les deux années. Il en est de même en ce qui concerne les biens médicaux (baisse de 20%) contrairement à l'évolution que connaissent les prestataires de soins ambulatoires et de diagnostics courants et les cabinets de consultations pour des niveaux d'accroissement respectifs de 81% et 69%. Il faut noter cependant que le nombre de consultations a diminué au cours de la période. Ce paradoxe (baisse du nombre de consultations et augmentation des

recettes générées par ces activités) peut s'expliquer par l'augmentation des tarifs qui est intervenue entre temps et qui se répercute tant sur le niveau des cabinets de consultations qu'à celui des prestataires de soins ambulatoires. Par ailleurs, l'accroissement des dépenses de diagnostics courants (analyses de laboratoire et imagerie) découle du fait que le coût de ces activités a été recouvré tant auprès des malades ambulatoires que des malades hospitalisés en 2005 alors qu'il ne l'était que pour les malades ambulatoires en 2004. Cette situation se répercute sur les coûts supportés par les malades pour les services en cause. En ce qui concerne la variation subie par les biens médicaux, l'on pourrait l'attribuer à la diminution du nombre de malades qui sont passés en consultations à l'HSJD. Quant aux dépenses d'hospitalisation, l'augmentation de tarifs n'a pas été compensée par l'évolution du nombre de malades hospitalisés et par le nombre de journées d'hospitalisation qui ont baissé en 2005 par rapport à 2004 (cf. Statistiques en annexe). Il faut rappeler que les dépenses d'administration ont été imputées aux activités des prestataires de services en fonction des recettes générées par chacune d'elles.

IV - Interprétation de la partie des fonctions de santé :

Les graphiques ci-dessous (7 et 8) illustrent les parts relatives des activités menées par les prestataires dans l'amélioration de l'état de santé des malades.

Graphiques des fonctions en 2004 et en 2005.



❖ Fonctions de santé en 2004 :

Les proportions de réalisation des fonctions par rapport à l'ensemble des activités en 2004 sont présentées dans le Graphique 7 ainsi qu'il suit :

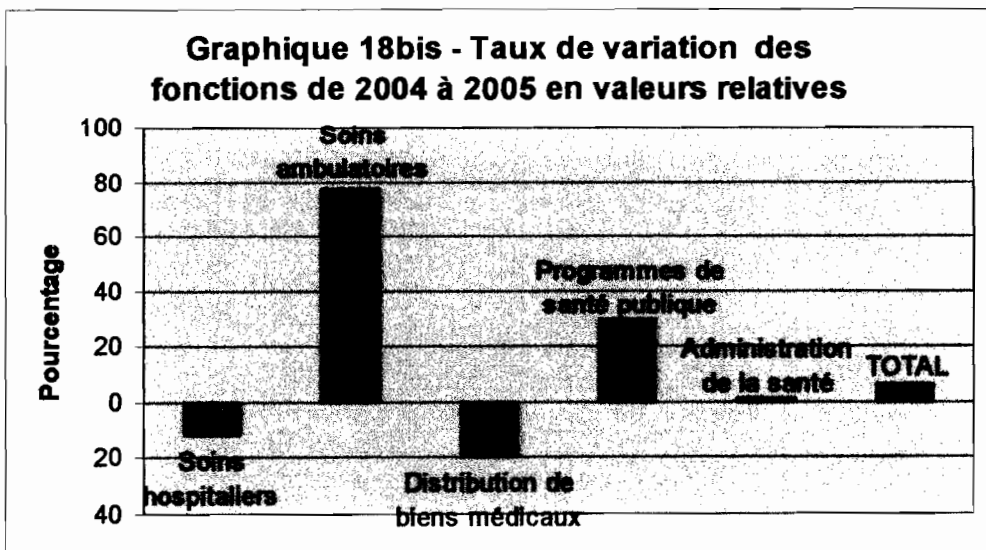
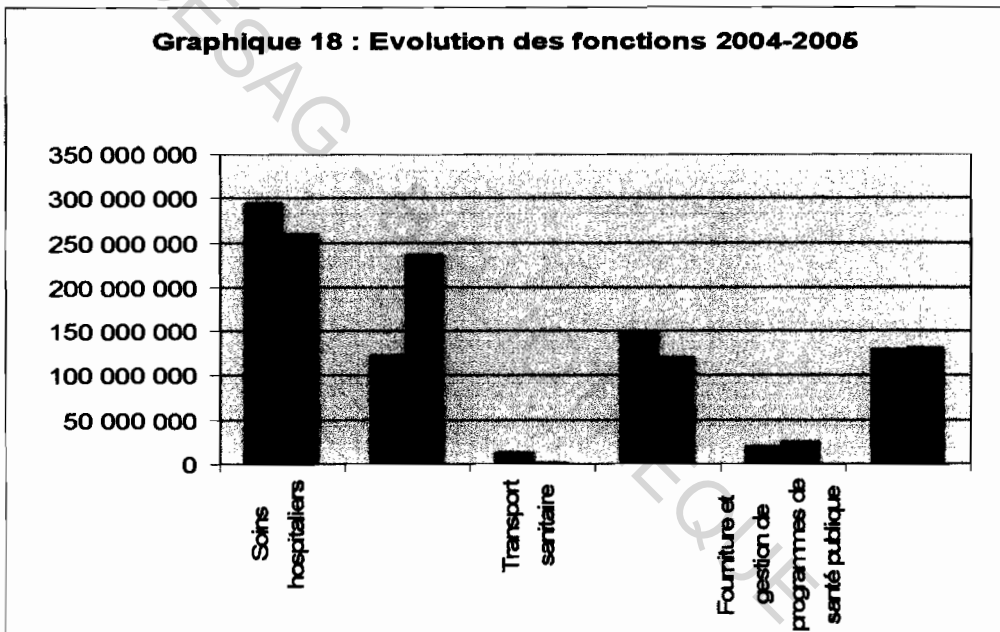
- Soins hospitaliers : 39% ;
- soins ambulatoires et de diagnostics courants : 6% ;
- transport de malades : 2% ;
- distribution de biens médicaux (médicaments) : 21% ;
- prévention médicale : 3% ;
- administration de l'hôpital : 18%.

❖ **Fonctions de santé en 2005 :**

Les activités menées au cours de l'année se répartissent de la manière suivante (Graphique 8) :

- Soins hospitaliers : 34% ;
- soins ambulatoires et de diagnostics courants : 30% ;
- distribution de biens médicaux (médicaments) : 16% ;
- prévention médicale : 3% ;
- administration de l'hôpital ; 17%.

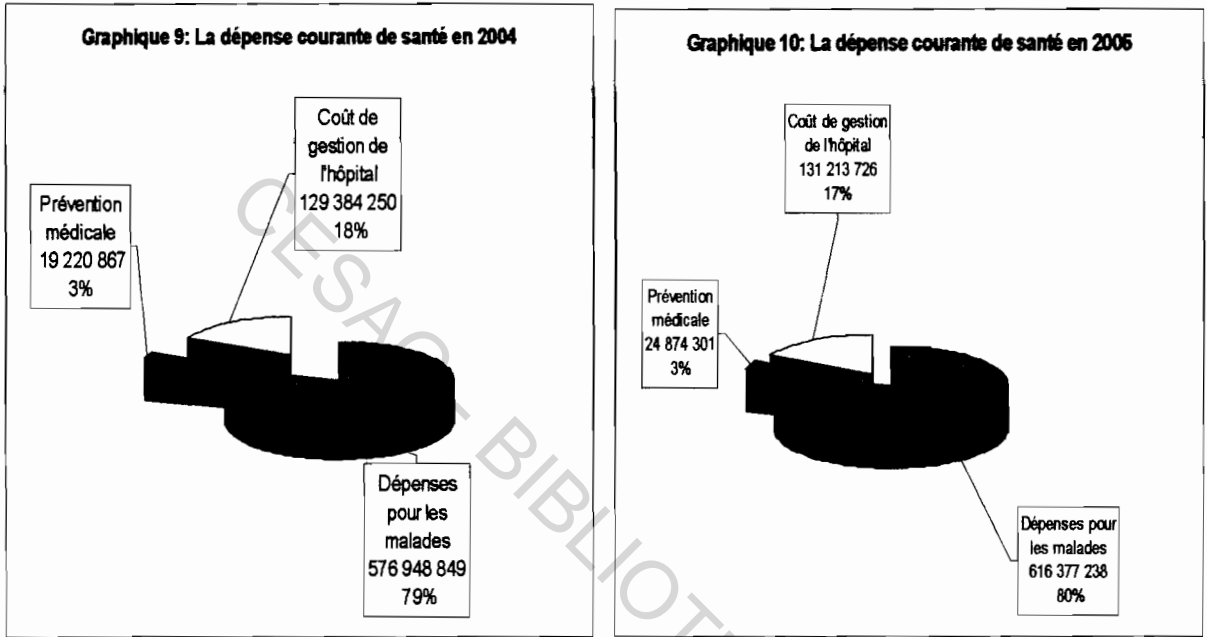
Les graphiques 18 et 18bis qui suivent donnent la tendance des fonctions entre 2004 et 2005. Ils donnent les mêmes éléments d'interprétation que ceux des prestataires avec les mêmes résultats chiffrés. Les soins ambulatoires dans le graphique 18 bis regroupent les activités des cabinets médicaux, les soins infirmiers et les soins de diagnostics courants.



V - Dépense courante de santé :

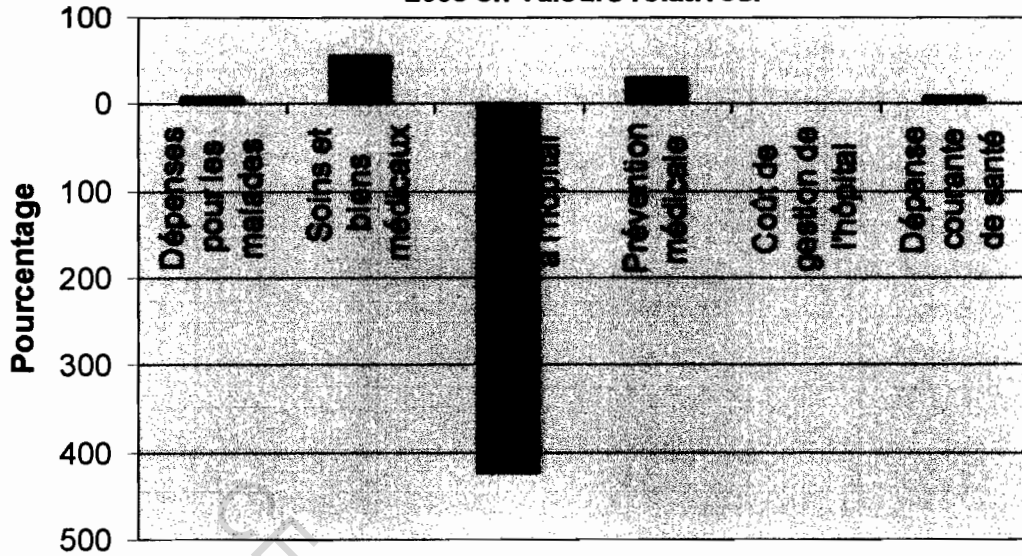
Le tableau de la dépense courante de santé et les graphiques suivants (9 et 10) permettent de constater que celle-ci a augmenté en valeur en 2005 par rapport à 2004. La part des dépenses pour les malades et des dépenses d'administration a légèrement augmenté (1%) au cours de la période en occupant 79% en 2004 contre 80% du total contrairement aux dépenses de l'administration qui ont diminué dans la même proportion en passant de 18% à 17% de l'ensemble. Le pourcentage des dépenses de la médecine préventive est resté stable à 3%.

Graphiques de la dépense courante de santé



Le graphique 19 ci-après montre la variation des éléments de la dépense courante de santé au cours de la période. Il en ressort que les éléments ont connu des augmentations variées, sauf la subvention à l'hôpital qui a été divisée par plus de 4 (baisse de 424%). Les plus fortes augmentations se trouvent dans les soins et biens médicaux (54%) et la prévention (29%).

Graphique 19 - Variation de la dépense courante de santé de 2004 à 2005 en valeurs relatives.

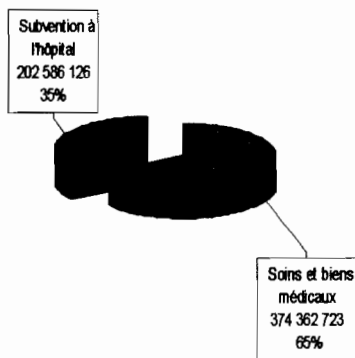


VI - Dépenses pour les malades :

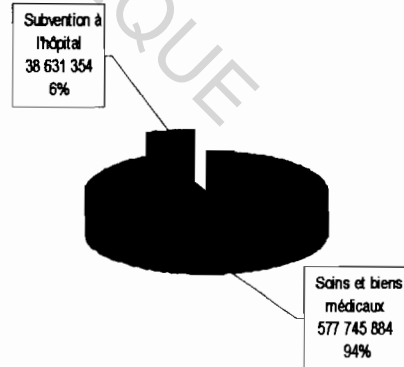
Les graphiques 11 et 12 ci-dessous montrent que les dépenses pour les malades se répartissent entre les soins et les biens médicaux (65% en 2004 et 94% en 2005) et la subvention (35% en 2004 et 6% en 2005).

Graphiques de la composition de la dépense pour les malades en 2004.

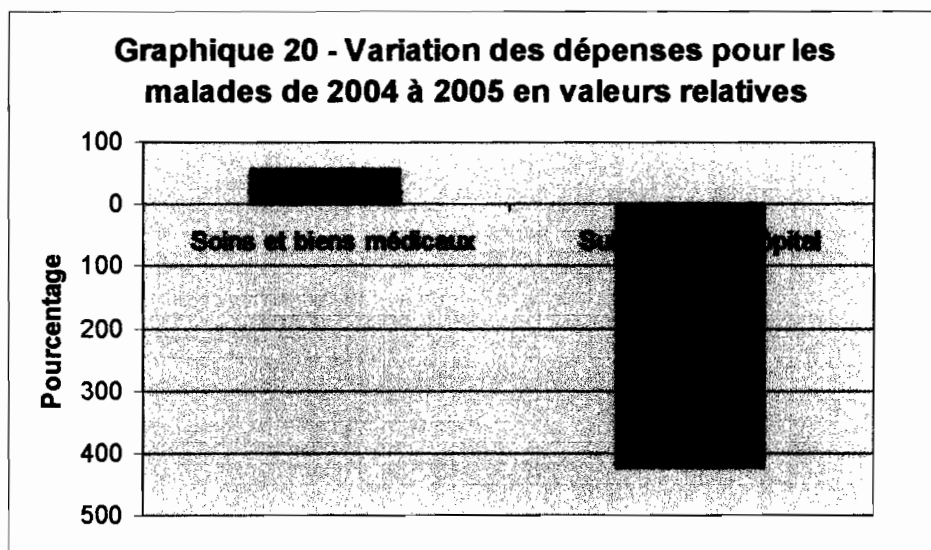
Graphique 11: La dépense pour les malades en 2004



Graphique 12: La dépense pour les malades en 2005



Les dépenses pour les malades ont évolué de la même manière que la dépense courante de santé pour les soins et biens médicaux et la subvention à l'hôpital (cf. Graphique 20)



Ces graphiques (11, 12 et 20) permettent de constater que :

- la dépense courante de santé a connu une augmentation de 6% entre 2004 et 2005 en passant de 725.553.966 à 772.465.265 ;
- les dépenses pour malades occupent la même proportion de 80% dans la dépense courante de santé en 2004 et en 2005 ;
- les soins et biens médicaux se sont accrus de 54% au cours de la période en passant de 52% à 75% de l'ensemble ;
- la subvention de l'Etat représentait 28% des ressources consommées au titre de la dépense courante de santé en 2004 qu'elle occupe environ 5% de celles-ci en 2005 ; elle a subi une chute de 81% entre les deux années ;
- le coût de la gestion de l'hôpital a connu une augmentation en valeur absolue au cours de la période ; par contre en valeur relative, il a subi une baisse en passant de 18% à 17% de la dépense courante de santé ;
- la prévention médicale occupe une faible proportion de la dépense courante de santé pendant les deux années même si elle a augmenté en valeur absolue et en valeur relative ; elle s'est accrue de 29% sur la période.

VII - Consommation médicale totale :

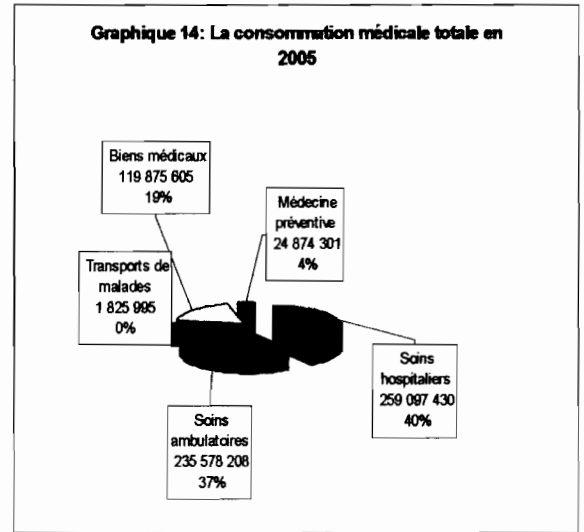
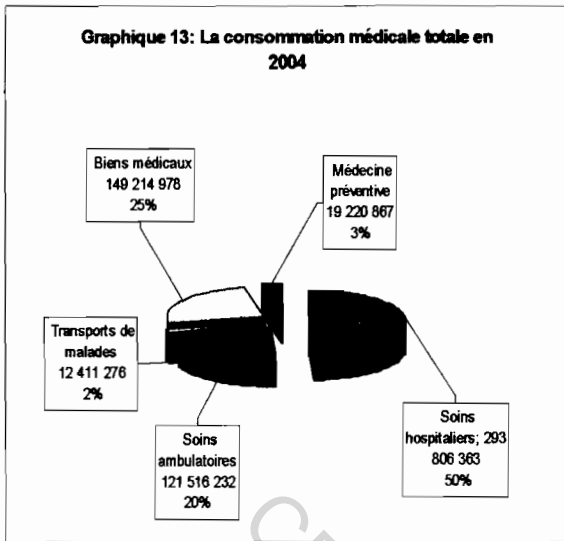
La consommation médicale totale se décompose en 2004 dans les proportions suivantes (Graphique 13):

- soins hospitaliers : 50% ;
- soins ambulatoires et diagnostics courants : 20% ;
- transport : 2% ; biens médicaux : 25% ;
- prévention médicale : 3%.

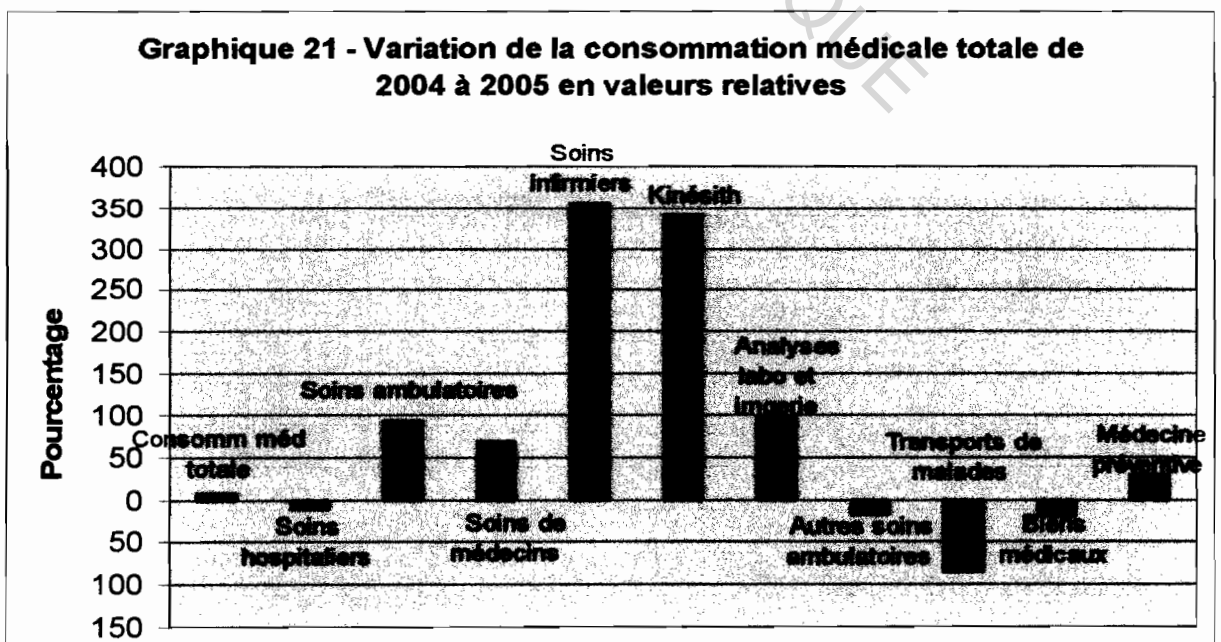
En 2005, la situation peut être établie ainsi qu'il suit (Graphique 14) :

- soins hospitaliers : 40% ;
- soins ambulatoires : 37% ;
- biens médicaux : 19% ;
- prévention médicale : 4%.

Graphiques de la consommation médicale totale en 2004 et en 2005



Le graphique 21 ci-dessous illustre les proportions d'accroissement qu'a connu la consommation médicale totale de 2004 à 2005. L'on note que son accroissement moyen est de 8%. Toutefois, la variation positive de la plupart des éléments constitutifs de la consommation médicale totale peut s'expliquer par le relèvement des tarifs opéré par l'hôpital. Par exemple, en se basant sur les statistiques, l'on constate que le nombre de consultations a baissé entre 2004 et 2005. Ce qui devrait entraîner la baisse de la dépense relative à ce service de santé. La hausse de la valeur de la kinésithérapie, des examens de laboratoire de l'imagerie s'explique par le fait que ces services sont désormais payés tant par les malades ambulatoires que par les malades hospitalisés en 2005 alors qu'ils ne l'étaient que pour les malades ambulatoires en 2004. De plus, l'effet de l'augmentation des prix des médicaux a été dilué dans la baisse du nombre de consultations entre les deux années.



De tous ces graphiques, il se dégage ce qui suit :

- la consommation médicale totale a augmenté de 8% entre 2004 et 2005 ;
- les soins hospitaliers représentent respectivement 49% et 40% de la consommation médicale totale en 2004 et en 2005 ; ils ont subi une baisse de 12% pendant la période malgré l'augmentation des tarifs d'hospitalisation ; l'on note sur la base des statistiques une diminution sensible du nombre des journées d'hospitalisation, base de la facturation ;
- les soins ambulatoires qui ont occupé 20% en 2004 et 37% en 2005 de la consommation médicale totale ont connu une augmentation de 94% en 2005 par rapport à 2004 ;
- les accroissements les plus significatifs se situent au niveau des soins infirmiers (355%) suivis de la kinésithérapie (342%) ;
- les analyses de laboratoire et l'imagerie d'une part, les soins des médecins d'autre part, se sont accrus respectivement de 98% et de 67% de 2004 à 2005.
- les baisses les plus fortes se remarquent dans le transport des malades (85%), les médicaments (20%) ;
- la dépense de médecine préventive occupe 3% et 4% pour les deux années avec un accroissement de 29% pendant la période.

Il est important de signaler que l'accroissement des recettes générées par les activités de soins à l'HSJD ne s'explique pas par l'augmentation du volume des prestations réalisées entre les deux années. En effet, les statistiques de ces périodes indiquent plutôt une baisse du volume des activités. L'on peut noter que :

- le nombre de journées d'hospitalisation, base de facturation, est passé de 13.719 en 2004 à 12.774 en 2005 ;
- le nombre de consultations se chiffrait à 19.591 en 2004 contre 14.787 en 2005 ;
- les examens exploratoires ont baissé de 27.118 en 2004 à 22.279 en 2005.

L'on peut dans ces conditions déduire que l'augmentation des recettes provient d'une part de l'augmentation des tarifs, d'autre part du fait que le coût de certaines prestations étaient intégrées dans les tarifs d'hospitalisation en 2004, alors qu'elles ont fait l'objet de recouvrement distinct en 2005. C'est le cas des examens de laboratoire pour les malades hospitalisés. Par ailleurs, la baisse de la valeur des médicaments peut s'expliquer par la diminution du nombre de malades ambulatoires. L'on peut lier cette diminution non pas à la baisse du nombre de cas de maladies dans la zone, mais au nombre de malades pris en charge entre les deux périodes à cause du niveau d'accessibilité financière des populations aux services de l'HSJD à la suite du changement de tarifs. A cet égard, nous estimons que l'Etat doit confier la mission de service public à l'HSJD pour améliorer l'accessibilité à ses soins.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

I – Conclusion :

L'HSJD est une formation sanitaire de deuxième niveau dans la réforme hospitalière. Il participe activement dans la prestation des soins de santé à la population du Sénégal en général, de celle de la région de Thiès en particulier. C'est une structure qui vient en complément de l'hôpital régional dans l'amélioration de l'état de santé. Cependant, il est confronté à des difficultés de financement de ses activités depuis que l'Ordre des Frères St Jean de Dieu a cessé son appui de subvenir à ses besoins en fournitures et en équipements. Cette situation a engendré des augmentations de tarifs en 2005 et en 2006. Déjà, en 2004, seule l'intervention de l'Etat par l'octroi d'une subvention de 216.385.806 a pu faire éviter la première augmentation des tarifs. Il faut préciser que la hausse des tarifs en 2006 a entraîné la suspension des activités au profit des mutuelles de santé bien que leurs membres bénéficient de réduction pour les prestations qu'ils reçoivent. Or, les activités de cette structure doivent être pérennisées au bénéfice de la santé des citoyens du pays.

L'élaboration des comptes de la santé a permis de déterminer certains agrégats.

En 2004, les dépenses de santé de l'HSJD ont été financées comme suit :

- sources publiques : 30% ;
- sources privées : 70% dont 49% en paiements directs des ménages, 20% en cotisations aux régimes d'assurance privés et 1% au titre de la contribution des institutions à but non lucratif au service des ménages.

En 2005, l'apport des sources publiques a significativement chuté en n'occupant que 7% des dépenses de santé. Les sources privées ont apporté 93% qui se répartit entre les paiements directs des ménages et les cotisations aux régimes d'assurance privés dont les contributions ont sensiblement augmenté en valeur absolue et en valeur relative pour se situer respectivement à 62% et à 31% contre 49% et 20% l'année précédente.

Il découle de ce qui précède que le poids de la maladie à l'HSJD repose essentiellement sur les ménages surtout en 2005 où la participation financière des sources publiques est faible. En effet, si l'on prend en compte le fait que les mutuelles de santé sont financées entièrement par les ménages et que ceux-ci contribuent à hauteur de 50% dans les cotisations aux régimes d'assurance privés comme c'est le cas pour les IPM par exemple, la part des ménages monterait à 63% en 2004 et à 81% en 2005. A ce niveau, il se pose le problème de l'équité dans le financement de la santé car, le poids financier de la maladie n'est pas répartie en fonction des revenus des patients. Il ne tient pas compte de leurs capacités de paiement. Le mécanisme de partage du coût du risque maladie est encore faible. Le secteur informel occupe une frange importante de la population. Ce constat peut entraîner des difficultés dans le recours aux services de l'hôpital étant donné le niveau de pauvreté de la population. Il peut engendrer des difficultés de contrôle, de régulation et de maîtrise du système national de santé dont l'HSJD représente un des maillons.

La dépense courante de santé se décompose de la manière suivante :

1. en 2004 :
 - les dépenses pour les malades : 80% dont :
 - les soins et biens médicaux 52% ;
 - la subvention : 28% ;
 - la prévention médicale : 2% ;
 - l'administration de l'hôpital ; 18%.
2. en 2005 :
 - les dépenses pour les malades : 80% dont :
 - les soins et biens médicaux : 75% ;
 - la subvention : 5% ;
 - la prévention médicale : 3% ;
 - l'administration : 17%.

Comme on le constate, la part des dépenses pour les malades s'est maintenue à 80% même si sa répartition entre les soins et biens médicaux et la subvention s'est largement modifiée au cours de la période.

La consommation médicale totale est constituée de :

1. en 2004 :
 - soins hospitaliers : 50% ;
 - soins ambulatoires et de diagnostics courants : 20% ;
 - biens médicaux (médicaments) : 25% ;
 - prévention médicale : 3% ;
 - transport : 2%.
2. en 2005 :
 - soins hospitaliers : 40% ;
 - soins ambulatoires et de diagnostics courants : 37% ;
 - biens médicaux (médicaments) : 19% ;
 - prévention médicale : 4%.

De ces chiffres, l'on peut remarquer que les soins hospitaliers ont baissé en 2005 par rapport à 2004 au profit des soins ambulatoires et de diagnostics courants. Il faut préciser à ce niveau que tous les secteurs d'activité ont contribué à la couverture des dépenses d'administration, chacun en fonction des recettes qu'il a générées. En conséquence, ce constat doit être relativisé étant donné que les recettes propres sont passées de 424.126.654 en 2004 à 633.505.424 en 2005, soit un accroissement de plus de 49% au cours des deux années. Toutefois, cet accroissement ne reflète pas l'évolution du niveau d'activité car, sur la base des statistiques disponibles, les indicateurs physiques des activités principales ont tous baissé dans les proportions suivantes :

- Journées d'hospitalisation : -7% ;
- Consultations externes : -25% ;
- Analyses de laboratoire : -18%.

L'augmentation des recettes provient essentiellement de la hausse des tarifs opérée par l'établissement pour sa survie ; cela a pu entraîner la baisse du niveau des activités qui est due elle-même au niveau d'accessibilité financière des usagers aux services de l'hôpital.

Il est important de noter que cette situation pourrait perdurer si rien n'est fait car, car l'équilibre des comptes et la qualité des services sont des conditions indispensables pour la pérennité de toute activité ou de toute institution.

La santé pour tous est un des objectifs que se fixe le pays. Dans ce cadre et conformément à l'orientation fixée par la réforme hospitalière en cours, l'Etat doit garantir l'accès aux soins qu'il ne produit pas lui-même dans l'ensemble. Il doit veiller au maintien des tarifs à un niveau acceptable tant pour le prestataire que pour le bénéficiaire des services. Les usagers doivent participer aux dépenses d'hospitalisation et des soins ambulatoires. Les secteurs public et privé sont complémentaires dans la fourniture des prestations de santé.

Recommandations :

En tenant compte de tout ce qui précède tant par les résultats de cette étude que pour les objectifs de la politique de santé du pays, nous recommandons ce qui suit :

1. L'Etat confie à l'Hôpital Saint Jean de Dieu la mission de service public conformément à la Loi n°98-08 du 2 mars 1998, notamment en son chapitre V et à ses textes d'application. A cet effet, une convention peut être passée entre le Ministère en charge de la Santé et l'Hôpital Saint Jean de Dieu. Déjà une première convention avait été signée le 1^{er} février 1990 par cet établissement et le Ministère de la Santé Publique à l'époque. Mais celle-ci ne chargeait pas le Département d'obligations financières. Par ailleurs, elle n'a connu qu'un début d'application timide. Le texte devant lier les deux parties pourrait prendre en compte entre autres l'octroi à l'hôpital par l'Etat d'une subvention basée sur la masse salariale versée par l'hôpital à ses travailleurs. Ce dernier devrait se soumettre à toutes les obligations qui lui incombent aux termes de la convention, notamment la participation à la mise en œuvre des programmes du Ministère, le respect des tarifs qui pourraient être fixés, la communication aux autorités sanitaires de toutes informations jugées nécessaires.
2. L'Etat devrait soutenir le développement de la solution alternative de financement de la santé que sont les mutuelles de santé étant donné l'importance du secteur informel dans le pays et le niveau de pauvreté de la population.
3. Dans le cadre de la poursuite de l'exercice d'élaboration des comptes de la santé, l'hôpital devrait adopter un système approprié d'enregistrement des données financières et physiques. Il s'agit entre autres de :
 - Tenir les statistiques sanitaires en fonction de leurs natures et des services concernés au niveau des hospitalisations et des actes ambulatoires ;
 - Tenir à jour les registres de consultation qui doivent contenir toutes les données notamment : les données sur les patients et les prescriptions qui ont été faites ;

- Enregistrer les données financières en distinguant l'activité qui a été à la base : consultations, hospitalisation, nature du payeur (individus, sociétés d'assurance, mutuelles, entreprises...);
- Centraliser périodiquement les données sanitaires et financières
- Mettre en place la comptabilité analytique.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

Atelier sur les comptes nationaux de la santé, USAID/AWARE, Conakry, septembre 2005.

ATIM Chris, DIOP François, BENNETT Sara - Determinants of financial stability of mutual health organisations: a study in the Thiès region of Senegal, USAID PHR plus, septembre 2005.

BAKUSA Dankom – Les comptes de la santé : cas du district sanitaire de Sotoubou (Togo), Mémoire de fin de 37 cycle, CESAG avril 2003.

BHAWALKAR M., Dr S. MAIER, M. NANDAMARAK, TIEN H. – Comprendre les comptes de la santé: la méthodologie de mise en place, PHR+ Abt Associates Inc, 2003 ;

CMT Eco - santé, Régions et départements, 2006.

Comptes nationaux de la santé du Maroc 1997/1998, Ministère de la Santé, 2001.

DJOUKA Laurent – Les comptes des actes chirurgicaux des hôpitaux publics du district autonome d'Abidjan : méthodologie et résultats, Mémoire de DSES, CESAG, 2006.

DOTOU Charles Raymond – Elaboration des comptes nationaux de la santé du Sénégal en 2001, Mémoire de fin de 3^e cycle, CESAG, mai 2003.

DU BOIS DE GAUDUSSON Jean, GERARD Conac, CHRISTINE Desouches – Les constitutions africaines, Paris, La Documentation Française, 1997.

Enquête Démographique et de Santé 2005, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Dakar 2005.

FENINA Annie et GEEFROY, Les comptes nationaux de la santé 2002, Etudes et Résultats n°246 (version pdf), juillet 2003, France.

FENINA Annie et GEEFROY, Les comptes nationaux de la santé 2003 (version pdf) juillet 2004.

GBAMA Gnenèfe – Analyse de l'utilisation des soins hospitaliers par les mutualistes et les non mutualistes à l'Hôpital Saint Jean de Dieu, Mémoire de fin de 3^e cycle DSES/CESAG, mai 2003.

GRIGNON Michel – Les comparaisons internationales des systèmes de santé – Chronique internationale de l'IRES n° 91, novembre 2004.

GUIGERE Mathieu, Méthodologie de la recherche, Ed Ellipses, 2005.

KOUADIO Béné Marcel, Cours des Comptes nationaux de la santé, ISMS CESAG, année académique 2005/2006.

KOULIBALY Seydou O., KEITA Moussa – Les comptes nationaux de la santé au Mali, mars 1993.

L'assurance maladie obligatoire au Sénégal : analyse et voies d'amélioration, Rapport de mission Ministère de la santé et des affaires sociales et PRHH1/santé, 1996.

LABOURDETTE André – Economie de la santé 1^{ère} édition PUF, 1988.

LAFARGE Hervé - Cours et codex Analyse des systèmes de santé, CESAG, année académique 2005/2006.

LAFARGE Hervé – Cours et codex Analyse des dispositifs de financement de la santé, CESAG, année académique 2005/2006.

Le système de santé au Sénégal – Fiche de synthèse, Ambassade de France Mission Economique, octobre 2005.

Les comptes nationaux de la santé 2005, Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, Ministère de la santé et des Solidarités, DREES n°505, (version pdf) juillet 2006.

LETOURMY Alain – L'assurance maladie obligatoire et analyse et voies d'amélioration CNRS, Paris 1996.

Lois des finances 2004 et 2005 - Ministère de l'Economie et des finances du Sénégal.

Manuel sur le SCS de l'OCDE, 1993.

OCDE, Statistiques et tableaux, avril 2005.

OMS, Guide d'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus, Genève 2003

PHR plus – Guide élémentaire à l'intention des décideurs – L'explication des Comptes nationaux de la santé : la méthodologie et le processus de mise en œuvre, version pdf mai 2003.

PHR plus – L'utilisation des comptes nationaux de la santé pour informer le processus de décision politique, version pdf 2003.

PHR plus, Stratégies innovatrices pour le développement des mutuelles de santé, juin 2006.

Plan National de Développement Sanitaire et social du Sénégal 1998/2007, Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale, juin 1997.

Projection de population issues du recensement 2002, Ministère de l'Economie et des Finances/Direction de la Prévision et de la statistique, janvier 2004.

Situation économique et sociale du Sénégal, Ministère de l'Economie et des Finances/Direction de la Prévision et de la statistique, janvier 2004, 2004.

Synthèse de l'Atelier Technique sous-régional su les comptes nationaux de la santé, Bamako, juin 2006.

THIAM Moustapha - Cours de Méthodologie de la recherche, CESAG, année académique 2005/2006.

UEMOA, Indice harmonisé des prix à la consommation pour les pays membres de l'UEMOA, Ministère de l'Economie et des Finances – Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, septembre 2006.

UEMOA, Indice harmonisé des prix à la consommation pour les pays membres de l'UEMOA : évolution en 2005, Ministère de l'Economie et des Finances – Direction de la Prévision et de la Statistique, septembre 2006.

VINARD P. et al – Faisabilité économique de la gratuité complète de la prise en charge des patients VIH au Sénégal, Issues and Challenges, Coll. Sciences sociales et santé, ANRS, Paris 2006.

YAZI Moussa– Cours d'Analyse des coûts, année académique 2005/2006, CESAG.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

A N N E X E S

Annexe 1 - Tableau 7 : Statistiques des hospitalisations de l'HSJD de 2000 à 2005

Services	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Médecine	1182	1162	1194	1109	985	1032
Maternité	976	940	1035	970	938	1055
Accouchements	744	471	432	488	491	507
Chirurgie	549	514	495	364	350	416
Pédiatrie	ND	784	720	746	576	574
Total	3451	3871	3876	3677	3340	3584

Source : Données de la Commission Médicale d'Etablissement.

Annexe 2 - Tableau 8 : Statistiques des journées d'hospitalisations de l'HSJD de 2004 et de 2005

Services	2004	2005
Médecine	7061	6000
Maternité	ND	ND
Chirurgie	3164	3364
Pédiatrie	3494	3410
Total	13719	12774

Source : Données de la Commission Médicale d'Etablissement.

Annexe 3 - Tableau 9 : Statistiques des consultations externes et actes de kinésithérapie de l'HSJD de 2001 à 2005

Services	2001	2002	2003	2004	2005
Médecine	5803	6730	7294	7842	5858
Chirurgie	3987	3837	2467	3220	2420
Pédiatrie	2056	2248	2349	2237	1683
Maternité	2281	2551	2485	3769	2842
Ophtho	3394	2908	2024	2523	1984
Total des consultations	16746	16424	17129	19591	14787
Total des actes de kinésithérapie	5116	3900	3849	4116	4191

Source : Données de la Commission Médicale d'Etablissement.

Annexe 4 - Tableau 10 : Statistiques des urgences de l'HSJD de 2001 à 2005

Services	2001	2002	2003	2004	2005
Médecine	1219	1349	1408	1340	1220
Chirurgie	546	569	467	ND	358
Maternité	294	343	500	798	997
Pédiatrie	571	565	624	485	488
Ophthalmologie	15	7	15	11	37
Total	2645	2833	3014	2634*	3100

Source : Données de la Commission Médicale d'Etablissement.

Annexe 5 - Tableau 11 : Activités du bloc opératoire de l'HSJD en 2004 et 2005

Services	Types	2004	2005
Chirurgie Générale	Réglée	170	68
	Urgence	80	56
Maternité	Réglée	63	23
	Urgence	179	59
Ophtalmologie	Réglée	73	59
	Urgence	04	02
Total	Réglée	306	123
	Urgence	263	117
	Global	569	230

Source : Données de la Commission Médicale d'Établissement.

Annexe 6 - Tableau 12 : Statistiques des explorations de l'HSJD de 2001 à 2005

Services	2001	2002	2003	2004	2005
ECG	1023	1127	1193	960	958
Echographie	260	318	311	290	388
Autres échographies	1381	903	Panne	474	1144
Radiographie	3542	3133	2740	2435	2158
Gastroscopie	533	660	429	519	475
Rectosigmoïdoscopie	86	74	88	98	80
Laboratoire	6348*	6113*	6174*	27.118☼	22.279☼

Remarques : * Nombre ☼ Nombre d'examens

Source : Données de la Commission Médicale d'Établissement.

Annexe 7 - Classification des prestataires :

Hôpitaux généraux

Hôpitaux nationaux

Hôpitaux régionaux

Hôpitaux privés et cliniques à but non lucratif

Hôpitaux privés et cliniques à but lucratif.

Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes

Prestataires de soins ambulatoires

Postes de santé publics

Cabinets médicaux privés

Postes et centres de santé privés à but non lucratif

Centres de santé publics

Services d'analyses biomédicales et d'imagerie

Services d'ambulance

Banque de sang et d'organes

Autres prestataires de soins ambulatoires : tradithérapeutes

Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux

Pharmacies

Détaillants et autres distributeurs de verres et autres produits d'optique

Détaillants et autres distributeurs d'appareils auditifs

Détaillants et autres distributeurs d'appareils médicaux (autres que les produits optiques et les appareils auditifs)

Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux durables

Autres distributeurs en détails de produits pharmaceutiques (automédication, vendeurs illicites)

Fournitures et gestion de programmes de santé publique

Programme de la santé maternelle et infantile

Programme de vaccination

Programme de prévention des maladies non transmissibles

Programme de prévention des maladies transmissibles

Service de médecine scolaire

Service de médecine du travail

Autres services de santé publique (contrôles sanitaires et hygiène du milieu)

Administration générale de la santé et de l'assurance maladie

Administration publique de santé

Régimes de sécurité sociale

Autres régimes d'assurance privés

Autres institutions chargées de l'administration de la santé (mutuelles)

Autres prestataires de services de santé (reste du monde)

Institutions fournissant des services sanitaires connexes

Institutions d'enseignement et de formation du personnel médical et paramédical

Institutions de recherche

Autres institutions fournissant des services sanitaires connexes

Reste du monde

Source : Guide d'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus.

Annexe 8 - Classification des fonctions de santé.

Soins curatifs

Services de soins curatifs en milieu hospitalier général public

Services de soins curatifs en milieu hospitalier général privé

Services de soins curatifs en milieu hospitalier psychiatrique et pour toxicomane

Soins curatifs ambulatoires

Services médicaux et diagnostics courants

Soins dentaires ambulatoires

Autres soins ambulatoires spécialisés

Soins à domicile

Soins de la médecine traditionnelle

Services et biens médicaux

Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires

Produits médicaux et autres biens non durables

Médicaments délivrés sur ordonnance

Médicaments en vente libre

Autres biens médicaux non durables

Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables

Lunetterie et autres produits d'optique

Appareils orthopédiques et autres prothèses

Appareils auditifs

Appareils médico – techniques

Autres biens médicaux durables, y compris fauteuils roulants

Autres biens durables

Laboratoires d'analyses médicales

Imagerie diagnostique

Transports sanitaires et secours d'urgence

Autres services auxiliaires

Soins de réadaptation

Services de prévention et de santé publique

Santé maternelle et infantile

Vaccination

Prévention des maladies non transmissibles

Prévention des maladies transmissibles

Médecine scolaire

Médecine du travail

Autres services de santé publique (contrôle sanitaire et hygiène du milieu)

Administration générale et assurance maladie

Administration générale de la santé : administrations publiques (sauf sécurité sociale)

Activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale

Activités d'administration, d'exécution et d'appui des mutuelles de santé

Administration de la santé et assurance maladie : assurance sociale

Administration de la santé et assurance maladie : autres organismes privés

Administration de la santé et assurance maladie : mutuelles de santé

Formation de capital des établissements prestataires de soins de santé

Education et formation du personnel médical et paramédical

Recherche et développement dans le domaine de la santé.

Source : Guide d'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus.

Annexe 9 - Classification des agents de financement.

Secteur public

Administration publique

Administration centrale

Régime d'assurance maladie des fonctionnaires y c IPRES

Ministère de la Santé

Ministère de l'Education Nationale

Ministère de la Défense

Autres

Administration collectivités locales

Sociétés et entreprises parapubliques (hors assurance sociale)

Secteur privé

Régimes d'assurance des employés privés (CSS, IPM)

Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale)

Mutuelles de santé

Versements directs des ménages privés

Institutions sans but lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)

Sociétés et entreprises privées (hors assurance maladie)

Reste du monde.

Source : Guide d'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus

Annexe 10 - Classification des sources de financement.

Sources publiques

Budget de l'administration centrale

Budget de l'administration locale

Sources privées

Cotisations aux programmes d'assurance sociale publics et privés

Hôpitaux d'entreprises

Ménages

Reste du monde

Source : Guide d'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus

Annexe 11 - Tableau 16 : Situation des salaires et charges sur salaires en 2004.

Services	Personnel permanent	Personnel vacataire	Charges sur salaires	Total
Médecine	36 571 628	3 864 789	2 317 798	42 754 215
Ophtalmologie	7 778 623		492 985	8 271 608
Pédiatrie	21 305 793		1 350 296	22 656 089
Gynécologie	26 552 273		1 682 802	28 235 075
Chirurgie	28 607 220		1 813 038	30 420 258
Cuisine	12 775 973		809 702	13 585 675
Lingerie	8 360 394	532 274	529 856	9 422 524
Pharmacie	6 918 344		438 464	7 356 898
Bloc opératoire	13 426 182	2 052 896	850 910	16 329 988
Laboratoire	30 402 986	403 728	1 926 848	32 733 562
Radiologie	19 752 305		1 251 841	21 004 146
Entretien	10 145 099		642 965	10 788 064
Administration	88 678 296	9 834 122	5 620 160	104 132 578
Garçons et filles de salle (hygiène hospitalière)	20 134 824		1 276 084	21 410 908
Total	331 409 940	16 687 809	21 003 750	369 101 499

Source : Données d'enquête (Direction administrative et Financière de l'HSJD)

Annexe 12 - Tableau 16bis : Récapitulation de la répartition des salaires et charges sur salaires en 2004.

Rubriques	Montant
Hôpital	
Salaires laboratoire	2 618 685
Salaires imagerie	1 890 373
Salaires garçons et filles de salle	18 170 974
Salaires médecins et infirmiers	100 319 023
Salaires pharmacie	2 441 831
Salaires cuisine	13 585 675
Salaires lingerie	9 422 524
Salaires boc opératoire	16 329 988
Part salaires entretien hôpital	4 303 180
Part salaires entretien radiologie	252 000
Part salaires entretien laboratoire	111 563
Total (1)	169 445 816
Soins ambulatoires	
Salaires laboratoire	27 664 576
Salaires imagerie	19 113 773
Salaires garçons et filles de salle	3 239 934
Salaires médecins et infirmiers	26 426 283
Salaires pharmacie	1 321 115
Salaires pansements	1 894 130
Salaires kinésithérapie	1 037 883
Part salaires entretien	757 755
Part salaires entretien radiologie	2 547 992
Part salaires entretien laboratoire	1 282 975
Total (2)	85 286 416
Soins à domicile	
Salaires ophtalmobus	777 862
Total (3)	777.862
Administration	
Salaires	104 132 578
Part salaires maintenance	1 532 596
Total (4)	105 665 174
Programmes	
TBC	1 722 300
Salaire dépistage TBC	2 450 301
VIH/SIDA	1 871 562
Salaire dépistage SIDA	1 882 068
Total (4)	7 926 231
Total (5) = (1) + (2) + (3) + (4)	369 101 499

Annexe 13 - Sources de financement X Agents de financement en 2004

	Sources publiques		Sources privées			TOTAL	Pourcentage
	Budget administration centrale	Budget administratif local	Cotisations aux programmes assurance publics et privés	Institutions à but non lucratif	Ménages		
1. Secteur public	216 385 806	752 600				217 138 406	29,9
- Administration publique	202 586 126					202 586 126	27,9
Régimes d'assurance maladie des fonctionnaires y c IPRES	3 588 000					3 588 000	0,5
Ministère de l'éducation	10 211 680					10 211 680	1,4
- Administration collectivités locales		752 600				752 600	0,1
2. Secteur privé			142 410 210	6 747 776	359 257 574	508 415 560	70,1
- Régimes d'assurance des employés (CSS, IPM) et sociétés d'assurance privées			116 975 010			116 975 010	16,1
- Mutuelles de santé			25 435 200			25 435 200	3,5
- Versements directs des ménages privés					359 257 574	359 257 574	49,5
- Institutions sans but lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)				6 747 776		6 747 776	0,9
TOTAL	216 385 806	752 600	142 410 210	6 747 776	359 257 574	725 553 966	
Pourcentage	29,8	0,1	19,6	0,9	49,5	100	100

Annexe 14 - Agents de financement X Prestataires en 2004

	Secteur public				Secteur privé				TOTAL	Pourcentage
	Administration centrale				Régimes d'assurance des employés (CSS, IPM) et sociétés d'assurances	Mutuelles de santé	Versements directs des ménages	Institutions à but non lucratif (hors ass sociale)		
	Régimes d'assurance des fonctionnaires (IPRES)	Administration publique	Ministère Education	Administration des collectivités locales						
Hôpital général	3 588 000	76 845 487	10 211 680	752 600	116 975 010	25 435 200	55 554 125	4 444 261	293 806 363	40
Prestataires de soins ambulatoires et de diagnostics courants		1 037 883					118 174 834	2 303 515	121 516 232	17
Cabinets de médecins							42 615 310		42 615 310	6
Centre de soins ambulatoires							2 616 036		2 616 036	0
Soins à domicile							1 599 927		1 599 927	0
Masseurs - kinésithérapeutes		1 037 883					958 828		1 996 711	0
Autres prestataires							2 445 995		2 445 995	0
Laboratoire d'analyses							36 275 351	2 303 515	38 578 866	5
Imagerie							31 663 387		31 663 387	4
Service de transport sanitaire							12 411 276		12 411 276	2
Détailants et autres distributeurs de biens médicaux		1 321 115					147 893 863		149 214 978	21
Fourniture et gestion de programme de santé publique		15 568 064					3 652 803		19 220 867	3
Administration générale de la santé		107 813 577					21 570 673		129 384 250	18
TOTAL	3 588 000	202 586 126	10 211 680	752 600	116 975 010	25 435 200	346 846 298	6 747 776	725 553 966	100
Pourcentage	0	28	1	0	16	4	48	1	100	

Annexe 15 - Agents de financement X Fonctions en 2004

	Secteur public				Secteur privé				Total	Pourcentage
	Administration publique	Administration centrale Régimes d'assurance des fonctionnaires (y c IPRES)	Ministère Education	Administration des collectivités locales	Régimes d'assurance des employés (CSS, IPM)	Mutuelles de santé	Versements directs des ménages	Institutions à but non lucratif au service des ménages (hors ass sociale)		
Soins curatifs en milieu hospitalier	76 845 487	3 588 000	10 211 680	752 600	116 975 010	25 435 200	55 554 125	4 444 261	293 806 363	40
Soins curatifs ambulatoires	1 037 883						120 478 349		121 516 232	17
Consultations							42 615 310		42 615 310	6
Soins infirmiers							2 616 036		2 616 036	0
Soins à domicile							1 599 927		1 599 927	0
Soins de réadaptation	1 037 883						958 828		1 996 711	0
Autres prestations							2 445 995		2 445 995	0
Actes de laboratoire							36 275 351	2 303 515	38 578 866	5
Actes d'imagerie							31 663 387		31 663 387	4
Transport sanitaire							12 411 276		12 411 276	2
Services et biens médicaux	1 321 115						147 893 863		149 214 978	21
Dépistage et traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose	15 568 064						3 652 803		19 220 867	3
Administration de la santé	107 813 577						21 570 673		129 384 250	18
Total	202 586 126	3 588 000	10 211 680	752 600	116 975 010	25 435 200	479 735 923	6 747 776	725 553 966	100
Pourcentage	28	0	1	0	16	4	66	1	100	

Annexe 16 - Prestataires X Fonctions en 2004

	Hôpital général	Prestataires de soins ambulatoires et de diagnostics courants	Distributeurs de biens médicaux	Fourniture et gestion des programmes de santé publique	Administration et gestion de la santé	Total	Pour centa ge
Soins curatifs en milieu hospitalier	293 806 363					293 806 363	40
Soins curatifs ambulatoires	0	121 516 232	0	0	0	121 516 232	17
Consultations		42 615 310				42 615 310	6
Soins infirmiers		2 616 036				2 616 036	0
Soins à domicile		1 599 927				1 599 927	0
Soins de réadaptation		1 996 711				1 996 711	0
Autres prestations		2 445 995				2 445 995	0
Actes de laboratoire		38 578 866				38 578 866	5
Actes d'imagerie		31 663 387				31 663 387	4
Transport sanitaire		12 411 276				12 411 276	2
Services et biens médicaux			149 214 978			149 214 978	21
Dépistage et traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose				19 220 867		19 220 867	3
Activités d'administration de la santé					129 384 250	129 384 250	18
Total	293 806 363	133 927 508	149 214 978	19 220 867	129 384 250	725 553 966	100
Pourcentage	40	18	21	3	18	100	

Annexe 17 - Sources de financement X Agents de financement en 2005

	Sources publiques		Sources privées		TOTAL	Pourcentage
	Budget administration centrale	Budget administration locale	Cotisations aux programmes assurance publics et privés	Ménages		
1. Secteur public	54 963 314	1 490 850			56 454 164	7,31
- Administration publique						
- Administration centrale						
Régimes d'assurance maladie des fonctionnaires y c IPRES	3 216 000				3 216 000	0,42
Ministère de la Santé	38 631 354				38 631 354	5,00
Ministère de l'éducation	13 115 960				13 115 960	1,70
- Administration collectivités locales		1 490 850			1 490 850	0,19
						0,00
2. Secteur privé						0,00
- Régimes d'assurance des employés (CSS, IPM,...)			191 082 141		191 082 141	24,74
- Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale)						0,00
- Mutuelles de santé			45 366 995		45 366 995	5,87
- Versements directs des ménages privés				479 561 965	479 561 965	62,08
TOTAL (3) = (1) +(2)	54 963 314	1 490 850	236 449 136	479 561 965	772 465 265	100,00
Pourcentage	7	0	31	62	100	

Annexe 18 - Agents de financement X Prestataires en 2005

	Administration centrale				Secteur privé			TOTAL	Pourcentage
	Régimes d'ass des fonctionnaires (y c IPRES)	Ministère Santé	Ministère Education	Administration des collectivités locales	Régimes d'ass des employés (CSS, IPM) et sociétés d'assurances	Mutuelles de santé	Versements directs des ménages		
Hôpital	3 216 000	14 621 807	13 115 960	1 490 850	123 398 085	45 366 995	57 887 733	259 097 430	34
Prestataires de soins ambulatoires et de diagnostics courants		1 037 883					234 540 325	235 578 208	30
Cabinets médicaux							72 069 956	72 069 956	9
Prestataires de soins infirmiers							11 913 396	11 913 396	2
Prestataires de soins à domicile							1 894 722	1 894 722	0
Kinésithérapeutes		1 037 883					7 791 592	8 829 475	1
Autres prestataires de soins ambulatoires							2 027 386	2 027 386	0
Laboratoire d'analyses biomédicales							65 062 516	65 062 516	8
Imagerie							73 780 757	73 780 757	10
Service de transport sanitaire							1 825 995	1 825 995	0
Détaillants et distributeurs de biens médicaux		1 321 115					118 554 490	119 875 605	16
Fournitures et gestion des programmes de santé publique		21 650 549					3 223 752	24 874 301	3
Administration de l'hôpital					67 684 056		63 529 670	131 213 726	17
Total	3 216 000	38 631 354	13 115 960	1 490 850	191 082 141	45 366 995	479 561 965	772 465 265	100
Pourcentage	0	5	2	0	25	6	62	100	

Annexe 19 - Agents de financement X Fonctions en 2005

	Secteur public				Secteur privé			TOTAL	Pourcentage
	Administration centrale			Adminis tion des collectivités locales	Régimes d'assurance des employés (CSS, IPM)	Mutuelles de santé	Versements directs des ménages		
	Régimes d'ass des fonctionnaires (y c IPRES)	Ministère Santé	Ministère Education						
Soins curatifs en milieu hospitalier	3 216 000	14 621 807	13 115 960	1 490 850	123 398 085	45 366 995	57 887 733	259 097 430	34
Soins curatifs ambulatoires		1 037 883					234 540 325	235 578 208	30
Consultations							72 069 956	72 069 956	9
Soins infirmiers							11 913 396	11 913 396	2
Soins à domicile							1 894 722	1 894 722	0
Soins de réadaptation		1 037 883					7 791 592	8 829 475	1
Autres prestations							2 027 386	2 027 386	0
Actes de laboratoire							65 062 516	65 062 516	8
Actes d'imagerie							73 780 757	73 780 757	10
Transport sanitaire							1 825 995	1 825 995	0
Services et biens médicaux		1 321 115					118 554 490	119 875 605	16
Dépistage et traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose		21 650 549					3 223 752	24 874 301	3
Activités d'administration de la santé					67 684 056		63 529 670	131 213 726	17
Total	3 216 000	38 631 354	13 115 960	1 490 850	191 082 141	45 366 995	479 561 965	772 465 265	100
Pourcentage	0	5	2	0	25	6	62	100	

Annexe 20 - Prestataires X Fonctions en 2005

	Hôpital général	Prestataires de soins ambulatoires et de diagnostics courants	Distributeurs de biens médicaux	Fourniture et gestion des programmes de santé publique	Administration et gestion de la santé	TOTAL	Pourcentage
Soins curatifs en milieu hospitalier	259 097 430					259 097 430	34
Soins curatifs ambulatoires		235 578 208				235 578 208	30
Consultations		72 069 956				72 069 956	9
Soins infirmiers		11 913 396				11 913 396	2
Soins à domicile		1 894 722				1 894 722	0
Soins de réadaptation		8 829 475				8 829 475	1
Autres prestations		2 027 386				2 027 386	0
Actes de laboratoire		65 062 516				65 062 516	8
Actes d'imagerie		73 780 757				73 780 757	10
Transport sanitaire		1 825 995				1 825 995	0
Services et biens médicaux			119 875 605			119 875 605	16
Dépistage et traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose				24 874 301		24 874 301	3
Activités d'administration de la santé					131 213 726	131 213 726	17
Total	259 097 430	237 404 203	119 875 605	24 874 301	131 213 726	772 465 265	100
Pourcentage	34	31	16	3	17	100	