

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

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE (DESS/ES)**
9ème promotion (2006-2007)



THEME :

**ANALYSE DU FINANCEMENT ET DE LA PRODUCTIVITE
DU PERSONNEL DES FORMATIONS SANITAIRES DU
DISTRICT : LE CAS DES CENTRES DE SANTE DE RICHARD
TOLL ET DE VELINGARA ET DES POSTES DE SANTE DE
TAOUEY, ROSSO, MUNICIPAL OUEST ET SARE COLY
SALE (SENEGAL)**

[Mémoire de fin de cycle]
Mars 2008

Présenté par:
Dr ESSO Yedmel
Christian Serge
Médecin

Directeur de Stage:
Bénédicte BRUSSET
Assistante Technique
Coopération Française

Directeur de
mémoire:
Pr Hervé LAFARGE
Université Paris
Dauphine
Professeur Associé
au CESAG



M0126DSES08



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

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE (DESS/ES)
9ème promotion (2006-2007)**



THEME :

**ANALYSE DU FINANCEMENT ET DE LA PRODUCTIVITE
DU PERSONNEL DES FORMATIONS SANITAIRES DU
DISTRICT : LE CAS DES CENTRES DE SANTE DE RICHARD
TOLL ET DE VELINGARA ET DES POSTES DE SANTE DE
TAOUEY, ROSSO, MUNICIPAL OUEST ET SARE COLY
SALE (SENEGAL)**

**[Mémoire de fin de cycle]
Mars 2008**

Présenté par:
Dr ESSO Yedmel
Christian Serge
Médecin

Directeur de Stage:
Bénédicte BRUSSET
Assistante Technique
Coopération Française

Directeur de
mémoire:
Pr Hervé LAFARGE
Université Paris
Dauphine
Professeur Associé
au CESAG

DEDICACES

AU SEIGNEUR

Notre Père
Qui est aux Cieux,
Que ton Nom soit sanctifié,
Que ton règne vienne,
Que ta volonté soit faite sur la terre comme au Ciel.

Donne-nous aujourd'hui notre pain de ce jour,
Pardonne-nous nos offenses
Comme nous pardonnons aussi,
A Ceux qui nous ont offensés,
Et ne nous soumetts pas à la tentation,
Mais délivre-nous du mal.
Amen

A LA VIERGE MARIE,

Je vous salue Marie, pleine de grâce,
Le Seigneur est avec vous,
Vous êtes bénie entre toutes les femmes,
Et Jésus, le fruit de vos entrailles est béni.
Sainte Marie, Mère de Dieu,
Priez pour nous, pauvres pécheurs,
Maintenant et à l'heure de notre mort.
Amen

REMERCIEMENTS

A la **Coopération Française au Sénégal**,

Pour avoir accepté de financer cette étude.

A toute l'équipe de la **CAFSP/MSPM**,

En particulier au **Dr Fall Aboubacry**, **Mme Bénédicte BRUSSET** et à **Mr Mbow Ousmane**, pour votre disponibilité tout au long de notre période de stage. Soyez en infiniment remerciés.

A tout le personnel de l'**ISMS/CESAG**,

Ma reconnaissance va à l'endroit du Directeur de l'institut, **Dr Amani KOFFI**, du chef du département d'économie de santé, **Dr El Hadji Gueye**, des Assistantes du programme, **Mme Gueye** et **Mme Aïssatou LO**.

Au **Pr Hervé LAFARGE**, pour avoir accepté de diriger ce travail.

Au **Dr KOUAKOU Jacquemin**, Directeur Coordonnateur du PNL/CI pour votre soutien qui m'a permis de réaliser ce travail dans les meilleures conditions.

A tous les **Stagiaires de la 9^{ème} Promotion d'Economie de la santé**. La diversité de nos horizons, ne nous a pas empêchés de former une famille solidaire tout au long de notre formation.

A tous mes frères de la « D5 » : **Yves AYEIBIE**, **Raymond BROU**, **Philippe DOM**, **Christian YAO**, **Lucien PEMBA** et **Modeste KOUASSI**, je vous remercie pour la chaleur dont vous m'avez entouré pendant notre séjour à Dakar.

A toute ma **Famille**, je vous remercie pour votre soutien qui ne jamais fait défaut.

A la fraternité **St JEAN de Bel Air** et de **Popengunine** je vous remercie pour votre présence à mes côtés.

A mes Amis, **Olivier YAYO**, **Catherine TRAORE**, **Hermann ADJE** et à toute la 33^{ème} promotion de l'**UFR des sciences médicales d'Abidjan**, ce travail est avant tout le votre.

A toute la famille **DIAGNE** à Dakar/HLM, vous m'avez permis de découvrir la Téranga Sénégalaise.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	6
INDEX DES GRAPHIQUES	9
LISTE DES TABLEAUX	10
INTRODUCTION	11
CADRE THEORIQUE	13
I. PROBLEMATIQUE	14
II. OBJECTIFS DE L'ETUDE	16
A. OBJECTIF GENERAL DE L'ETUDE	16
B. OBJECTIFS SPECIFIQUES	16
III. HYPOTHESES DE RECHERCHE	17
IV. REVUE DE LA LITTERATURE	17
CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE	22
I. CADRE GENERAL : LE SENEGAL	23
A. SITUATION GEOGRAPHIQUE [27]	23
B. ECONOMIE [27]	23
C. POPULATION [27]	24
D. LE SYSTEME DE SANTE [27]	25
E. LA SITUATION SANITAIRE	29
II. CADRE PRATIQUE : DISTRICTS SANITAIRES DE RICHARD TOLL ET DE VELINGARA	33
A. DISTRICT SANITAIRE DE RICHARD TOLL [8]	33
B. DISTRICT SANITAIRE DE VELINGARA [9]	34

III. METHODOLOGIE	35
A. TYPE D'ETUDE	35
B. LES VARIABLES A L'ETUDE	35
C. CHOIX DES CENTRES DE SANTE ET DES POSTES DE SANTE	36
D. METHODES ET OUTILS DE L'ENQUETE DE TERRAIN	37
E. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	38
IV. LIMITE DE LA METHODOLOGIE	43
RESULTATS	44
I. LES SOURCES DE FINANCEMENT	45
II. CATEGORIES DE DEPENSES	47
A. DEPENSES EN RESSOURCES HUMAINES	49
B. DEPENSES EN MEDICAMENTS	50
C. AUTRES CHARGES	51
III. CATEGORIES DE RECETTES PROPRES	52
IV. LES COMPTES D'EXPLOITATION	54
A. COMPTE D'EXPLOITATION DU CENTRE DE SANTE DE RICHARD TOLL	54
B. COMPTE D'EXPLOITATION DU CENTRE DE SANTE DE VELINGARA	57
C. COMPTE D'EXPLOITATION DU POSTE DE SANTE DE ROSSO	60
D. COMPTE D'EXPLOITATION DU POSTE DE SANTE DE SARE COLY SALE	62
E. COMPTE D'EXPLOITATION DU POSTE DE SANTE MUNICIPAL OUEST	63
F. COMPTE D'EXPLOITATION DU POSTE DE SANTE DE TAOUHEY	65
V. MARGES PRATIQUEES SUR LE MEDICAMENT	67
A. PRIX DE CESSION DU MEDICAMENTS	67

B. COEFFICIENT MULTIPLICATEUR PRATIQUE SUR LE PANIER DE MEDICAMENTS	69
VI. SALAIRES MOYENS ET STATUT DU PERSONNEL	70
A. SALAIRES MOYENS PRATIQUES	70
B. NOMBRE ET STATUT DU PERSONNEL	71
VII. PRODUCTION ET PRODUCTIVITE	72
VIII. DETERMINANTS DE LA PRODUCTION	75
A. LES MARGES PRATIQUEES SUR LE PRIX DE CESSION DU MEDICAMENT ET LES DEPENSES EN PERSONNEL ONT-ELLES UN EFFET SUR LA PRODUCTION ?	76
B. LES RECETTES ET LES DEPENSES TOTALES ONT- ELLES UN EFFET SUR LA PRODUCTION ?	77
DISCUSSION	79
CONCLUSION	86
RECOMMANDATIONS	88
BIBIOGRAPHIE	90

LISTE DES ABREVIATIONS

Ac Dev :	Action et Développement
ADESC :	Association pour le Développement Economique, Social et Culturel
ASC :	Agent de Santé Communautaire
BAD:	Banque Africaine de Développement
BCI :	Budget Consolidé d'Investissement
BFnD :	Budget de Fonctionnement non Décentralisé
CAFSP :	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CS :	Centre de Santé
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CSS :	Compagnie Sucrière Sénégalaise
DAGE :	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DÉPPERS :	Dépenses en Personnel
DÉPTOT :	Dépenses totales
DPM :	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRH :	Direction des Ressources Humaines
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EPS :	Education Pour la Santé
ESAM :	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
FAD	Fonds Africain de Développement
FDD :	Fonds de Dotation Décentralisé
FSU-COM :	Formations Sanitaires Urbaines et Communautaires
GAVI :	Global Alliance for Vaccine and Immunization
IB:	Initiative de Bamako
ICP	Infirmier Chef de Poste

IEC :	Information Education Communication
IRA :	Les infections respiratoires aiguës
ISA :	Indice Synthétique d'Activités
ISF :	Indice Synthétique de Fécondité.
MCD :	Médecin Chef de District
MSHP :	Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique
MSPAS :	Ministère de la Santé, de la Prévention et d'Action Sociale
MSPM :	Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
NFS :	Numération Formule Sanguine
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation non Gouvernementale
PDIS :	Programme Intégré de Développement Sanitaire
PEC :	Prise en Charge
PMA:	Pays les Moins Avancés
PPTE :	Pays Pauvres Très Endettés.
PRA :	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PRDTION :	Production
PRIXMOY :	Prix moyen de cession des médicaments
PS :	Poste de Santé
RECTOT :	Recettes totales
RGP :	Recensement Général de la Population
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA :	Syndrome Immunodéficient Acquis
SNIS :	Service National de l'Information Sanitaire
SOU :	Soins Obstétricaux d'Urgence

SSP : Soins d Santé Primaire
TGFG : Taux Global de Fécondité Générale
UNICEF: United Nations Internationals Children Emergency Found
VIH : Virus de l'Immunité Humaine

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INDEX DES GRAPHIQUES

Graphique 1 :	Proportions du financement en fonction des sources
Graphique 2 :	Répartition du financement de l'ensemble des structures sanitaires ¹
Graphique 3 :	Catégories de dépenses des centres de santé
Graphique 4 :	Proportion des catégories de dépenses
Graphique 5 :	Dépenses en ressources humaines par source
Graphique 6 :	Financement du médicament par source
Graphique 7 :	Autres charges de fonctionnement par source
Graphique 8 :	Catégories de recettes propres
Graphique 9 :	Prix moyens de cession des médicaments
Graphique 10 :	Coefficients multiplicateurs moyens des prix des médicaments
Graphique 11 :	Salaires moyens pratiqués
Graphique 12 :	Personnel en fonction du statut
Graphique 13 :	Productivité
Graphique 14 :	Production des établissements sanitaires
Graphique 15 :	Facteurs travail des établissements sanitaires

LISTE DES TABLEAUX

Tableau1 :	Distribution des infrastructures selon la région en 2005
Tableau 2 :	Les formations sanitaires étudiées
Tableau3:	Tarif moyen des actes en vigueur dans les centres du Sénégal
Tableau4 :	Catégories de personnel et salaires annuels moyen
Tableau 5:	Répartition du financement par source de financement en FCFA
Tableau 6:	Structures des dépenses de soins de santé (FCFA)
Tableau 7 :	Dépenses en personnel selon la source
Tableau 8 :	Dépenses de médicaments selon la source
Tableau 9 :	Les autres charges selon la source
Tableau 10 :	Catégories de recettes propres (F CFA)
Tableau 11 :	Ratio des recettes propres/Dépenses de Comité de Santé
Tableau 12 :	Compte d'exploitation du centre de santé de Richard Toll (FCFA)
Tableau13 :	Les Charges du centre de santé de Richard Toll
Tableau 21 :	Compte d'exploitation du Poste de santé de Saré Coly Salé
Tableau22 :	Structures des charges du poste de santé de Saré Coly Salé
Tableau23 :	Structures des produits du poste de santé de Saré Coly Salé
Tableau24 :	Compte d'exploitation du Poste de santé Municipal Ouest
Tableau25 :	Structure des charges du PS Municipal Ouest.
Tableau26 :	Structures des produits du poste de santé Municipal Ouest.
Tableau 27:	Compte d'exploitation du Poste de santé de Taouey
Tableau28 :	Structure des charges du PS Taouey
Tableau29 :	Structure des produits du PS Taouey
Tableau30 :	Prix de cession des médicaments dans les dépôts communautaires
Tableau31 :	Coefficient multiplicateur sur le panier de médicaments
Tableau 32 :	Salaires moyens pratiqués
Tableau 33 :	Nombre de personnel en fonction du statut
Tableau 34 :	Productivité travail des centres de santé
Tableau 35:	Ratio Dépenses /Production
Tableau 36 :	Les intrants des modèles
Tableau37 :	Matrice de Corrélations entre La production, le prix de cession et les dépenses de personnel
Tableau38 :	Matrice de Corrélations entre la production, les dépenses totales en personnel et les recettes propres

INTRODUCTION

« Les comités de santé thésaurisent leurs recettes propres ».

« Les comités de santé volent l'argent des formations sanitaires »

« L'Etat ne finance pas les centres et les postes de santé ».

« Les collectivités locales ont maintenant en charge la santé de leur population ».

« La décentralisation de la santé est un échec ».

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

Pour faire face à ces difficultés, le Ministère de la santé s'est engagé dans un processus de réforme du système national de santé. Ainsi la formulation d'une politique de santé axée sur la stratégie des soins de santé primaire, la création des districts sanitaires à la place des circonscriptions médicales sont des solutions mises en œuvre par cette institution gouvernementale [35].

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

- La définition d'une politique de médicaments essentiels pour rationaliser la production des soins.
- La fixation des conditions de participation communautaire à travers les comités de santé par la promulgation du décret 92/118/MSPAS du 17 janvier 1992 qui concerne l'organisation et le fonctionnement des comités de santé.

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

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

Ce travail a donc pour objectif d'analyser le financement et la Productivité des Centres de Santé de Richard Toll et Vélingara et des Postes de Santé de Taouey, Rosso, Municipal Ouest et Saré Coly Salé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CADRE THEORIQUE

I. PROBLEMATIQUE

Suite à la politique de la gratuité des soins confrontée à d'énormes difficultés de mise en œuvre dans les pays du sud, il a été adopté l'Initiative de Bamako en 1987, dans la région africaine de l'OMS. Cette politique consiste en la relance des Soins de Santé Primaire sous l'hospice de l'Unicef et de l'OMS. Le Sénégal a adhéré à cette initiative au début des années 90 grâce au décret 92-118 du 17 Janvier 1992.

Aussi, la participation communautaire prônée par l'IB est-elle devenue plus un moyen qu'une finalité. La notion de « participation communautaire », s'est limitée à un aspect économique et financier : « la population doit payer ». Si les Comités de Santé qui visent à promouvoir la santé et le bien-être des individus, des familles et des communautés ont mobilisé des ressources financières importantes, leur mode de fonctionnement et de gestion a mis en évidence, en réalité, de nombreuses difficultés. Les dispositions de la circulaire ministérielle n° 1396 du 26 février 1983 qui posent déjà, les principes de gestion et d'organisation des Comités de Santé se sont très vite avérées inadaptées au contexte sociopolitique dans lequel évoluent ces comités. La gouvernance financière, qui serait l'ensemble des pratiques locales de gestion financière des Centres et Postes de Santé reste largement inexplorée. A titre d'exemple, la pression financière qu'exercent les structures de soins sur le médicament serait très forte. Ce problème est très préoccupant car le médicament est une dimension extrêmement importante de la qualité des soins et de l'accessibilité financière [29]. Procéder à un état des lieux des pratiques des marges du médicament et du respect des marges bénéficiaires sur le prix du médicament définies dans l'arrêté interministériel n°88/MSHP/DPM en date du 15 janvier 2003 s'avère donc nécessaire.

En outre, les principes de l'IB stipulent quant à eux, que tout recouvrement des coûts doit être intégré dans le cadre de la participation prise dans un sens beaucoup plus large, c'est-à-dire une responsabilisation, une implication dans le management, l'organisation, l'estimation des besoins en santé, une prise en compte de l'équité et en final, une mobilisation des ressources, permettant d'aboutir à la viabilité financière des structures publiques de soins [33].

Par ailleurs, le financement de la santé au niveau périphérique est un sujet majeur. Pour cause, des estimations de l'OMS, montrent que seules 20% des dépenses totales de santé au Sénégal sont utilisées au niveau opérationnel [36].

Dans la perspective de la décentralisation, le ministère de la santé, les responsables des collectivités locales et des comités de santé, ainsi que les médecins Chef de district et les Infirmiers Chef de Postes sont amenés à gérer à leur niveau respectif des flux financiers pour les Centres et Postes de Santé. Cependant, aucun de ces acteurs du système de santé ne disposerait des données exhaustives sur les dépenses des soins de santé des dites formations sanitaires. Par conséquent, connaître l'effort des sources de financement ainsi que les catégories de charges au niveau des Centres et Postes de santé est une nécessité pour l'ensemble des partenaires du système de santé.

Il est vrai que les différents fonds mobilisés par le niveau le plus opérationnel du système de santé ont servi à produire un bien particulier que l'on nommera « soins de santé ». Aussi, la quantification de ce volume de production, en termes d'indice synthétique d'activités (ISA) constituerait-elle, un outil de plaidoyer et de prise de décision pour les responsables de ces établissements sanitaires. Ces points ISA, permettront de comparer la performance des différentes formations sanitaires entre elles quelque soit leur niveau.

Le mode de répartition des ressources Etatiques du district entre les Centres et les Postes de santé est laissé à l'appréciation du médecin chef de district. Pourtant, l'évaluation de la productivité de ces formations sanitaires pourrait permettre d'obtenir au mieux une clé de répartition de ces ressources.

Les déterminants de la productivité permettront quant à eux d'identifier les différents goulots d'étranglements dans le processus de production des soins de santé d'une part et dans l'accessibilité financière d'autre part.

On cherchera donc à répondre aux questions suivantes :

Quels sont les montants mobilisés par les sources de financement des Centres et Postes de santé ?

Quelles sont les catégories de dépenses des Centres et Postes de Santé ainsi que les acteurs qui les supportent?

Quelles sont les catégories de recettes propres et leurs volumes respectifs ?

Comment se présentent les comptes résultats des Centres et Postes de santé ?

Quels sont les prix de cession des médicaments et les marges pratiquées?

Quels sont l'effectif de personnel des formations sanitaires et quels sont les niveaux de salaire pratiqués ?

Quelle est la productivité du personnel et quels en sont les déterminants ?

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les objectifs de cette étude ont été déclinés en objectifs général et spécifiques.

A. OBJECTIF GENERAL DE L'ETUDE

Analyser le financement et la Productivité des Centres de Richard Toll et Vélingara et des Postes de Santé de Taouey, Rosso, Municipal Ouest et Saré Coly Salé.

B. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Déterminer le montant et la part relative de chaque source de financement ;
2. Identifier les catégories de dépenses de soins de santé;
3. Déterminer les poids respectifs des recettes des médicaments et des actes dans le chiffre d'affaires ;
4. Établir les comptes résultat des structures sanitaires étudiées ;
5. Identifier les marges pratiquées sur les médicaments ;
6. Identifier les catégories de personnel ;
7. Déterminer les niveaux de salaire en fonction des catégories de ressources humaines ;
8. Déterminer la productivité et en déduire les déterminants.

III. HYPOTHESES DE RECHERCHE

1. Hypothèses concernant les sources de financement :

1.1. La structure de financement des Centres de santé est différente de celle des Postes de Santé.

1.2. La collectivité locale est la principale source de financement des structures publiques périphériques.

1.3. Les partenaires ont une préférence pour les zones défavorisées.

2. Hypothèses concernant le financement par la vente de médicaments :

2.1. Les marges officielles en vigueur pratiquées sur les médicaments sont respectées.

2.2. Les zones économiquement favorisées pratiquent des marges plus importantes que celles des zones économiquement défavorisées.

3. Hypothèses concernant l'équilibre Recettes/Dépenses propres :

3.1. Les recettes propres d'une année sont toujours supérieures aux dépenses propres de la même année.

4. Hypothèses concernant les dépenses de personnel :

4.1. Les dépenses de personnel constituent le poste budgétaire le plus important

4.2. Le personnel communautaire est moins bien payé que celui de l'Etat.

5. Hypothèses concernant les déterminants de la productivité :

5.1. Le niveau de la production est négativement corrélé au prix de cession.

5.2. La production est corrélée positivement aux dépenses

IV. REVUE DE LA LITTERATURE

Au GHANA, les ressources financières des districts sanitaires proviennent essentiellement des fonds alloués par le ministère de la santé (19% des dépenses totales du ministère de la santé), de la vente des médicaments et du paiement direct des actes par les patients. Les ressources financières allouées aux districts sanitaires par le secteur public sont passées de 22,8% en 1996 à 34% en 1997 et pour les structures sanitaires de deuxième niveau, de 17% à

25% [5]. Quant aux dépenses récurrentes de santé, elles étaient de 25 millions de dollars US en 1996 et de 32 millions de dollars US en 1997 et englobaient :

- Les salaires du personnel ;
- Les coûts de maintenance et de construction des hôpitaux ;
- Les coûts des charges administratives des districts sanitaires.

En ZAMBIE, la part des ressources allouées aux soins primaires par l'Etat a connu une hausse entre 1996 et 1997 passant respectivement de 29,9% à 47% [5,21].

Aux PHILIPPINES [5], il y a un vaste programme de décentralisation de la santé qui dévolue des fonctions importantes aux collectivités locales. Ainsi les dépenses de santé des collectivités locales dans les districts sont passées de 10,7% en 1992 à 51,9% en 1995. Cette augmentation était liée en grande partie aux salaires du personnel dans les formations sanitaires qui étaient pris en charge par les collectivités locales (70% de leur budget).

Dans une étude similaire publiée en 2003, Thomas Bossert a analysé les dépenses de santé des districts sanitaires de pays Latino-Américains où la politique de décentralisation sanitaire est effective depuis 20ans.

Ainsi, au CHILI le système de santé est transféré totalement aux municipalités. Les collectivités locales prennent en charge les dépenses de soins de santé primaires des administrés ainsi que les dépenses de fonctionnement et d'investissement de l'ensemble des 1 500 centres et postes de santé [7]. Les salaires du personnel sont élevés aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine.

La même étude révèle qu'en 1996, la Colombie dépense en moyenne 10% de son PIB dans le secteur de la santé et la répartition était la suivante : 39% des dépenses de santé étaient consacrées au niveau national, 45% au niveau départemental (districts), 9% au niveau des collectivités locales et 7% au niveau des entités spéciales comme les forces armées. Les dépenses de santé des municipalités aux districts sanitaires comprenaient :

- Les dépenses de prévention contre les maladies ;
- Les dépenses pour les programmes de santé ;
- Les dépenses pour la promotion de la santé ;
- Les dépenses pour les soins primaires ;
- Les dépenses pour l'entretien et la maintenance des structures de premier niveau.

Les dépenses de santé des régions comprenaient :

- Les dépenses pour les soins de santé secondaires et tertiaires
- Les dépenses de fonctionnement des hôpitaux universitaires

Le total des dépenses de santé des collectivités locales dépend de la taille de la population municipale, du degré d'urbanisation, des revenus locaux. L'étude a montré une augmentation des ressources allouées à la promotion et à la prévention car celles-ci sont passées de 2,67 pesetas par tête d'habitant en 1994 à 5,83 en 1997[6].

Le budget des collectivités locales prend en charge une partie des salaires du personnel médical et administratif.

En BOLIVIE [6], en 1993 les municipalités contrôlaient 15% seulement des investissements dans le domaine de la santé au niveau des districts. En 1996, ce taux atteint 40% et inclut les travaux d'assainissement, la construction des infrastructures sanitaires, tandis que la part du gouvernement a diminué. Les municipalités investissaient 1,70 dollar US par tête d'habitant. Les collectivités locales Boliviennes participaient à hauteur de 30% de leur budget pour l'équipement et le fonctionnement des services de prévention de la mortalité infantile et maternelle et aux salaires d'une partie des agents au niveau des districts sanitaires.

Au SENEGAL [14], une étude sur le financement des districts sanitaires a montré que les partenaires extérieurs et les comités de santé étaient les principales sources de financement des postes et centres de santé. Elle a mis en évidence une faible participation des collectivités locales (communautés rurales, conseils régionaux) dans l'effort de financement de la santé dans les districts sanitaires de GUINGUINEO, DAROU MOUSTY, KAOLACK aux taux respectifs de 3%, 7% et 16%.

Concernant la productivité du travail [1; 31], le Rapport sur la santé dans le monde 2000 a résumé les bases factuelles qui permettent d'établir un lien entre la fonction de production de ressources et la performance des systèmes de santé. L'OMS affirmait que, quel que soit le niveau des intrants, il existait une manière efficiente de les combiner. Des déséquilibres considérables existent dans de nombreux contextes entre différents types de ressources productives, et les pays doivent répondre à un certain nombre de questions complexes :

- Quel est l'équilibre le plus rentable entre ces différents types de ressources productives, et comment peut-il être atteint ?

- Quel effort devrait être consacré au développement de nouvelles ressources (par exemples, investissements) plutôt qu'à la mise au point de stratégies et d'incitations permettant d'améliorer l'utilisation des ressources existantes ?

Aucune tentative n'a été faite de définir ou de mesurer les indicateurs de la performance de la fonction de production de ressources. Les dépenses de santé par habitant sont la seule source d'information sur les intrants des systèmes de santé qui soit utilisée pour évaluer la performance.

Les ressources humaines sont perçues comme particulièrement importantes en raison du fait que les systèmes de santé sont des systèmes à forte utilisation de main d'œuvre et que les dépenses de personnel sont généralement le poste de dépenses le plus lourd parmi les dépenses de santé récurrentes. Les systèmes de santé ont besoin non seulement d'un nombre suffisant de personnels qualifiés et expérimentés capables de bien fonctionner, mais aussi d'un panachage approprié de divers types de ressources humaines. Changer le panachage, cependant, ne peut tout résoudre et certains commentateurs ont suggéré qu'il serait bon de se pencher sur les questions suivantes:

- la difficulté de réorienter le personnel d'une activité vers une autre;
- le problème de la faible productivité des ressources humaines qui semble être étroitement lié à la rémunération;
- a. la mise au point de moyens de mesurer et d'améliorer la qualité des ressources humaines, peut-être liés à des estimations réalistes des niveaux d'extrants auxquels les divers intrants devraient conduire.

Des commentaires identiques ont été faits en rapport avec les immobilisations physiques où les déficits (par exemple de biens et d'équipements) peuvent s'avérer être une réelle contrainte pour la prestation d'interventions efficaces.

À l'inverse, il n'est pas rare de trouver des systèmes de santé où l'on a investi de manière significative dans les infrastructures physiques mais où les budgets de fonctionnement ne permettent pas de prendre en charge les frais de personnel ou la maintenance des immobilisations physiques, d'où des pertes d'efficacité. La réalisation des objectifs est fonction du nombre et du type d'installations et d'équipements disponibles. Divers types d'incitations et de réglementations ont une influence sur la manière dont les biens physiques sont achetés, utilisés et entretenus. La question n'est donc pas seulement de savoir combien de

ressources sont disponibles, mais de veiller à ce que le panachage soit approprié et à ce que les ressources soient utilisées de manière efficiente.

L'OMS a proposé un ensemble d'indicateurs pour chacune des quatre fonctions, ce qui aidera les décideurs à dire quels sont les domaines pratiques où la performance peut être améliorée. Pour ce qui est de la fonction de production de ressources, l'OMS propose de se concentrer sur l'investissement dans la production de ressources et la maintenance de leur qualité et de leur productivité. La gestion et le déploiement des ressources seront évalués au titre de la fonction de prestation de services.

Les notes de cours du Professeur Lafarge [19], montrent la mesure du coût unitaire repose sur une mesure des coûts et une mesure de la production. Si un prestataire de soins ne fournissait qu'une catégorie de prestation, la mesure de la production serait simple. Si dans un centre de santé, on ne faisait que des consultations, la production serait mesurée par le nombre de consultations. En réalité, les prestataires fournissant plusieurs types de soins, la mesure de la production suppose alors la construction d'un indice synthétique de production, appelé souvent « Indice synthétique d'Activités » (ISA). Les actes n'étant pas équivalents, il faut déterminer une modalité de pondération logique entre les différentes prestations. La productivité d'un facteur de production par contre est le rapport entre le volume de la production et la quantité de ce facteur de production, qui a été nécessaire pour cette production pendant un période donnée. La mesure de la productivité de personnels ayant des qualifications différentes (Médecins, Infirmiers), qui concourent aux soins d'un patient (hospitalisé) nécessite la pondération du temps de travail de chaque agent par leur contribution relative à l'utilité de la prestation (contribution relative au gains de bien-être du patient traité). Cette contribution relative peut être reliée à la compétence et à l'effort. On considérera le plus souvent que les salaires relatifs sont des indicateurs de cette compétence relative. On pondérera alors les effectifs de chaque catégorie de personnel par le salaire « normal »

CADRE OPERATIONNEL DE L'ETUDE

- I. CADRE GENERAL
- II. CADRE OPERATIONNEL
- III. METHODOLOGIE

I. CADRE GENERAL : LE SENEGAL

Nous décrirons successivement la situation géographique, l'économie, la population, le système de santé et la situation sanitaire de ce pays.

A. SITUATION GEOGRAPHIQUE [26]

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

Au plan hydrographique, le pays est traversé d'Est en Ouest par quatre fleuves : le Sénégal, la Gambie, la Casamance et le Saloum et leurs affluents. Ce réseau est complété par quelques cours d'eau temporaires et une contribution significative du lac de Guiers au nord du pays.

Au niveau administratif, le territoire compte 14 régions administratives, les dernières nées étant celles de Kédougou, Kafrine et Sédhiou (créées en 2008). Les régions sont subdivisées en départements (au nombre de 34 jusqu'avant l'érection des 3 nouvelles régions précédentes). On dénombre 66 communes (assimilées au milieu urbain), 94 arrondissements et 320 communautés rurales.

B. ECONOMIE [26]

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

%), le secteur secondaire (20,2 %), le secteur primaire (17,1 %) et le reste est aux autres secteurs d'activités.

Bien que le niveau de vie des Sénégalais se soit amélioré entre 1994. (année de la dévaluation) et 2002, la pauvreté reste assez répandue. En effet, les indicateurs de pauvreté harmonisés, calculés à partir des données de l'Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (ESAM I, 1994/1995 et ESAM II, 2001/2002), confirment la tendance à la baisse de la pauvreté dans cette période. Selon ces deux sources, près de 49 % des ménages vivaient encore en dessous du seuil de pauvreté en 2001/2002 contre plus de 61 % en 1994/1995. Toutefois, la contribution des ménages ruraux à la pauvreté (c'est-à-dire le poids des ménages ruraux pauvres par rapport à l'ensemble des ménages pauvres) a augmenté, passant de moins de 62 % à 65 %. Les performances enregistrées sur le plan macroéconomique au cours des dernières années (avec un taux de croissance de 6,3 % en 2004) n'ont pas été suffisantes pour créer les conditions d'un développement durable soutenu.

C. POPULATION [26]

Le Sénégal a réalisé trois recensements (RGP de 1976, RGPH de 1988 et RGPH de 2002) et plusieurs enquêtes d'envergure nationale : Enquête Sénégalaise sur la Fécondité de 1978, Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages (1994/1995 et 2001/2002), Enquête sur les Migrations et l'Urbanisation au Sénégal en 1993, et quatre Enquêtes Démographiques et de Santé (1986, 1992/1993 et 1997). Ces différentes investigations ont permis d'obtenir des indicateurs démographiques de base à différentes dates. Estimée à 6 896 000 habitants en 1988, la population est passée à 8,6 millions en 1996, puis à 10 564 300 en 2004.

La densité moyenne est de 43 habitants au kilomètre carré. Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays. La région la moins étendue, celle de Dakar, occupe 0,3 % de la superficie du territoire national et abrite près de 23 % de la population totale et 75 % de la population urbaine. La région la plus étendue, Tambacounda (Avant l'érection de Kédougou en région), couvre une superficie de 59 602Km² soit 30% du territoire national, abrite environ 6 % seulement de la population.

La croissance démographique demeure encore élevée (2,5 %). Le rythme d'accroissement rapide de la population est principalement dû à la forte fécondité (ISF de 6,7 en 1997) malgré

une mortalité en baisse sensible mais toujours élevée. La population du Sénégal est extrêmement jeune plus de 58 % ont moins de 20 ans.

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

D. LE SYSTEME DE SANTE [26]

Nous verrons essentiellement la politique et l'organisation de ce système.

1. Politique sanitaire

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

La volonté politique affichée par l'Etat du Sénégal se traduit par une série de mesures tendant toutes à une meilleure déconcentration du secteur, dans un souci d'équité, pour rendre accessibles les services socio-sanitaires de base à toute la population quelque soit ses conditions économiques et sociales. C'est ainsi que le Sénégal a institué les Soins de Santé Primaires comme base de la Politique de Santé suite à la Conférence mondiale d'Alma-Ata en 1978. Toutefois, il existait déjà une certaine organisation des soins de santé de base à la faveur de la Réforme Administrative et Locale de 1972, première étape de la décentralisation au Sénégal.

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

économiques qui réduisent les capacités de l'Etat en matière d'assistance aux populations démunies.

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

2. Organisation sanitaire

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

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

a. Le District Sanitaire

Le district sanitaire constitue une subdivision sanitaire proche des populations, et est placé sous la responsabilité du Médecin Chef. Il s'agit du niveau opérationnel de la pyramide sanitaire où s'applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Dans la pyramide sanitaire, le district sanitaire occupe une place importante car c'est à ce niveau dit opérationnel que s'exécutent beaucoup de programmes de santé de façon intégrée. Le Sénégal compte 56 districts dont 04 ont été créés en juillet 2004 (pour 60 centres de santé avec le découpage de la région de Matam en 3 districts). Le Médecin Chef de district dirige une équipe cadre composée au minimum d'un superviseur chargé du suivi des SSP, d'un superviseur chargé de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale et d'un superviseur de l'EPS. Le district comprend entre 5 et 45 postes de santé urbains ou ruraux, dirigés par un Infirmier Chef de poste, et constituant la structure sanitaire de base qui couvre une population comprise entre de 5713 et 20 415 habitants. Le poste de santé rural polarise un réseau de cases de santé et maternités rurales géré par des ASC et des matrones.

b. La Région Médicale

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

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

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

c. Le niveau central

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

d. Le système de référence

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

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

Il comprend :

- Les postes de santé qui se situent au premier niveau et assurent les soins de base ;

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

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

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

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

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

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

L'accès à des soins de qualité pour ces populations démunies est la condition première pour l'amélioration des indicateurs de santé.

En outre, la répartition des infrastructures du Secteur Public suit un gradient aquaphile avec le nombre de postes de santé et de centres de santé se situant le long de la mer et du fleuve Sénégal. Le secteur privé, largement concentré à Dakar, joue également un rôle important. Il est constitué d'un hôpital, de cliniques, de cabinets et de services médicaux d'entreprise. A cela se greffent des structures gérées par des organisations confessionnelles.

Les structures relevant de l'armée comprennent deux hôpitaux et des services médicaux de garnisons qui contribuent à l'offre de santé pour les populations.

E. LA SITUATION SANITAIRE

Elle reflète la situation générale des pays de l'Afrique subsaharienne.

1. Epidémiologie [26]

Le taux Global de Fécondité Générale (TGFG), c'est-à-dire le nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer, est estimé à 176‰. La tendance de la fécondité est à la baisse avec une accélération ces dernières années.

Les infections respiratoires aiguës (IRA) et particulièrement la pneumonie constituent l'une des premières causes de mortalité des enfants dans les pays en développement. Parmi les enfants de moins de cinq ans, on constate que plus d'un enfant sur dix (13%) a souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide. C'est chez les enfants de moins de 12 mois (18 à 19%) que ces infections respiratoires sont les plus fréquentes.

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

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

D'après le calendrier vaccinal, tous les vaccins doivent être administrés avant l'âge d'un an. Six enfants de 12-23 mois sur dix (59 %) ont reçu tous les vaccins mais seulement environ un enfant sur deux (48 %) avait reçu tous les vaccins avant l'âge de 12 mois.

Au Sénégal, comme dans la majorité des pays au sud du Sahara, le paludisme représente 35 % des motifs de consultation, et demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

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

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

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

2. *Infrastructures sanitaires [23]*

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

Les ratios par rapport à la population sont ainsi de :

- 1 hôpital pour 505 172 habitants ;
- 1 CS pour 165 878 habitants ;
- 1 poste de santé pour 11 874 habitants.
- Les normes OMS sont de :
 - 1 hôpital pour 150 000 habitants,
 - 1CS pour 50.000 habitants,
 - 1 poste de santé pour 10 000 habitants

Les objectifs du PDIS étaient de :

- 1 CS pour 150.000 habitants,
- 1 hôpital par région,
- 1 PS pour 10 000 habitants.

En ce qui concerne les postes, il existe en réalité, plus de 13 000 hbts/ poste de santé, pour les centres de santé, les régions de Kaolack, Kolda et Diourbel sont les plus éloignées des normes.

Tableau 1: Distribution des infrastructures selon la région en 2005

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

SOURCE : ANNUAIRE STATISTIQUE 2005/ MSPM/SNIS

3. Ressources financières [23]

Nous présenterons le budget de l'Etat alloué à la santé et la participation des populations.

a. Budget de l'Etat

Pour l'année 2005, la Santé a bénéficié d'un budget de quarante six milliards neuf cent trente huit millions trente cinq mille francs CFA (46 938 035 000 FCFA), dont dix neuf milliards sept cent cinquante quatre millions trois cent quatre vingt dix huit milles (19 754 398 000 FCFA) au titre du personnel, douze milliards cent quarante sept millions quatre cent quatre vingt dix neuf mille francs CFA (12 147 499 000 FCFA) au titre du fonctionnement, et quinze milliards trente six millions cent trente huit mille francs CFA (15 036 138 000 FCFA) au titre des transferts (FDD et BFND), soit respectivement, 42%, 26% et 32% du budget.

b. Participation des populations

✓ Les recettes

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

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

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

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

✓ Les Dépenses Exécutées

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

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

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

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

4. Ressources humaines [23]

L'effectif du personnel contenu dans le fichier de la division du personnel s'élève à cinq mille quatre cent soixante deux (5462) agents. Le personnel se présente comme il suit : 16% d'infirmiers d'Etat, 14% de médecins et 10% de sages-femmes d'Etat. Toutefois, il existe un nombre important d'agents (soit 38% du personnel) sans formation de base structurée. Le reste des ressources humaines, est constitué essentiellement par un personnel administratif.

Les médecins présentent une forte concentration à Dakar. Les sages-femmes aussi sont plus représentées à Dakar mais à Thiès également. Par contre, les infirmiers sont bien représentés partout.

II. CADRE PRATIQUE : DISTRICTS SANITAIRES DE RICHARD TOLL ET DE VELINGARA

Le cadre pratique est constitué des districts sanitaires de Richard Toll et Vélingara

A. DISTRICT SANITAIRE DE RICHARD TOLL [8]

Nous présenterons le district sanitaire de Richard Toll à travers sa géographie, sa démographie et son économie.

1. Géographie physique

Le district de Richard-Toll est limité au Nord par la république Islamique de Mauritanie, (dont il est séparé par le fleuve Sénégal ; au Sud par la région de Louga, à l'Est par l'arrondissement de Mbane et à l'Ouest par l'arrondissement de Rao. Il couvre une superficie de 2 912 Km². Situé dans la zone Soudano-sahélienne, le district comprend deux zones géographiques bien distinctes :

- Le Walo qui est la plaine alluviale du Delta du fleuve Sénégal
- Le Diéri qui est un espace sahélien.

2. Démographie du District de Richard Toll

De manière générale le district se caractérise au plan démographique par une forte expansion démographique et une diversité dans sa composition ethnique.

La population totale du district était en 1996, de 109 389 habitants, avec un taux d'accroissement assez élevé, 7% (1996) dû essentiellement au flux migratoire qui est fortement positif.

3. Economie

Le District de Richard-Toll se caractérise par son dynamisme économique. L'implantation de la Compagnie Sucrière Sénégalaise (CSS) et la mise en valeur du Delta du fleuve ont eu des répercussions très positives sur le développement de la zone et l'élévation du niveau de vie de la population du district. En effet, la CSS emploie environ 6 000 travailleurs permanents et quelques 10 000 saisonniers par an, ce qui a comme conséquence un pouvoir d'achat relativement élevé pour la population. En plus de la CSS, on note dans la ville beaucoup de petites sociétés agro-industrielles : (décortiqueuses, unités de production de semences, une usine de fabrication de tuyaux, une laiterie).

B. DISTRICT SANITAIRE DE VELINGARA [9]

1. Géographie physique

Le district de Vélingara se confond avec le département du même nom. Il est situé au Sud Est du pays. Il est limité au Nord par la Gambie, au Sud par la Guinée Conakry et la Guinée Bissau, à l'Ouest par le département de Kolda et à l'Est par le département de Tambacounda. Le District couvre une superficie de 5 435 km².

2. Démographie du district de Vélingara

La population générale a été estimée en 2005 à 209 530 habitants avec une densité de 38 habitants au km² avec un taux d'accroissement de 2,54%. Elle est inégalement répartie autour d'une formation sanitaire : 53% de la population vit dans un rayon de 0 à 5km, 37% de 5 à 15km et 10 sont à plus de 15km d'une formation sanitaire du district.

3. Economie

Vélingara est situé dans une des régions les plus pauvres du Sénégal. Les activités économiques sont dominées par l'agriculture. Le marché de Diaobé situé dans ce département constitue le plus grand marché hebdomadaire de la sous région.

III. METHODOLOGIE

Nous présenterons successivement, le type d'étude, les variables à l'étude, le choix des centres et postes de santé, la méthode et les outils de collecte de données, le traitement et l'analyse de données.

A. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique. Le travail de terrain s'est déroulé du 19/09/07 au 19/10/07 dans les Districts sanitaires de Richard Toll et de Vélingara. Les données recueillies portent sur l'année 2005.

B. LES VARIABLES A L'ETUDE

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

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

De façon à caractériser et à comparer les modalités de financement, nous choisissons deux catégories de centres de santé : les centres de santé avec bloc opératoire et sans bloc. Le choix des Postes de santé a été fait avec l'avis soit du Médecin Chef de District soit du Superviseur des soins de santé Primaire. Ce choix a été orienté d'une part par la situation géographique (Poste de santé rural ou Poste de santé Urbain) et d'autre part par l'importance de population couverte. Afin de tester l'impact du contexte économique sur les centres et postes de santé, nous avons choisi aussi bien en zone pauvre qu'en zone favorisée, un centre de santé et deux postes de santé. L'enquête s'est déroulée dans les formations sanitaires décrites dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Les formations sanitaires étudiées

Districts sanitaires	District sanitaire de Vélingara	District sanitaire de Richard Toll	Total
Centres de santé	CS Vélingara	CS Richard Toll	2
Postes de Santé	1. Municipal Ouest	1. Taouey	4
	2. Saré Coly Salé	2. Rosso	
Total	3	3	6

Ce sont donc 6 structures sanitaires qui ont été étudiées dans cette recherche. En ce qui concerne les centres de santé, la formation sanitaire de référence du district de Vélingara est de niveau I (Centre de santé sans compétence SOU), tandis que le Centre de Santé de Richard Toll est de Niveau II (Centre de Santé avec compétence SOU). Les postes de santé sont tous caractérisés par l'existence de salle d'accouchement.

1

D. METHODES ET OUTILS DE L'ENQUETE DE TERRAIN

Différents rapports d'activités et documents financiers ont été consultés tant au niveau du ministère de la santé, des collectivités locales qu'au niveau des prestataires de soins.

1. Analyse du dispositif de financement

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

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

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

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

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

3. Analyse de la productivité des formations sanitaires

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

4. Analyse du panier de médicaments

Le choix du panier de médicaments a été guidé par la fréquence d'utilisation de certains groupes thérapeutiques. Les 15 premiers médicaments les plus utilisés dans les centres et postes de santé ont été retenus. Ces produits pharmaceutiques ont été identifiés par le Ministère de la santé du Sénégal/CAFSP lors de la mission de contrôle du respect des marges bénéficiaires des médicaments. Le calcul des marges bénéficiaires, et du coefficient multiplicateur s'est fait à partir de la collecte des prix pratiqués auprès :

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

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

E. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Une clé de répartition a été utilisée pour évaluer les données financières qui n'étaient pas spécifiques à une formation sanitaire donnée. Ensuite, les logiciels Excel, SPSS et Word ont été utilisés pour le traitement et la présentation des données.

1. FDD

En ce qui concerne l'exécution du FDD,

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

Les autres lignes budgétaires exécutées ont été attribuées aux centres de santé.

2. BFnd

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

3. Financement sur fonds propre de la collectivité locale

- ✓ Les centres de santé reçoivent 50% des dépenses en eau et électricité
- ✓ Les autres lignes budgétaires sont exécutées au profit des centres de santé en dehors du financement des dépenses liées aux salaires.

4. Financement des bailleurs et programmes de santé Publique

Les partenaires extérieurs tels que la Coopération Française au Sénégal, Médecin du monde, Fonds GAVI, Barcelona 2002, l'OMS, l'UNICEF ont été retrouvés. Les centres de santé reçoivent 80% du financement des bailleurs comme dépenses de fonctionnement.

5. La productivité des formations sanitaires

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

Le volume de la production a été estimé à partir de l'ensemble des actes effectués dans les formations sanitaires étudiés. Ces actes ont été pondérés en fonction des tarifs pratiqués au Sénégal. Le tableau suivant retrace ces tarifs.

Tableau3: Tarifs moyens des actes en vigueur dans les centres du Sénégal

Liste des Actes	Tarif moyen
Consultation médecin adulte	979
Consultation médecin enfant	948
Consultation tri adulte	325
Consultation tri enfant	265
consultation heures de garde adulte	495
consultation heures de garde enfant	452
consultation dentiste adulte	881
consultation dentiste enfants	718
consultation spécialiste	1 938
consultation spécialiste	2 500
extraction de dent	2 156
Injections	188
pansements	230
consultation prénatale	404
consultation postnatale	419
Accouchement	3 974
consultation nourrisson sain	211
Vaccination PEV	153
Planification familiale	368
échographie	7 372
césarienne	15 714
frais de séjour hospitalisation	2 190
frais de séjour hospitalisation chirurgie	3 000
glycémie	1 413
NFS	2 512
Goutte épaisse	1 100
Test d'Emmel	974
RPR (bilan syphillis)	1 411
Azotémie	1 714
Examen de selles (KAOP)	1 129
culot urinaire	1 143
Vitesse de sédfimentation (VS)	1 013
Recherche d'albumine et de sucre (urines)	1 000
Groupe sanguin rhésus	1 711
ECBU	2 107
baciloscopie	1 000
test de grossesse	2 156
BW	2 167
Frottis sanguin	1 167
Antigène HBS	4 000
TP TCK	3 750
WIDAL	3 400
CRP	2 813
Prélèvement Vaginal	3 150
HIV	1 500

SOURCE: CAFSP/MINISTERE DE LA SANTE/SENEGAL

Le tarif de chaque acte a été pondéré par celui de l'acte de référence (la NFS). La NFS a été choisie par le biais du tarif moyen de tous les actes du centre de santé de Richard Toll

(2 651F CFA) qui est proche de celui de la NFS (2 512F CFA). Le résultat de cette pondération donne une unité équivalente NFS. L'on obtient ainsi une relation de proportionnalité entre chaque acte des formations sanitaires et la NFS. La production est alors obtenue par la multiplication entre le nombre d'actes et l'unité équivalente NFS. Considérant qu'une NFS correspond à 100 points, la production est donc multipliée par 100.

A titre d'exemple, une NFS est tarifée à 2512F CFA tandis qu'une consultation médecin enfant est à 948F CFA en moyenne. Une consultation médecin enfant vaut alors par pondération 0,38 NFS. Or une NFS correspond à 100 points. Par conséquent, une consultation médecin enfant équivaut à 38 points. La sommation de toutes les productions issues de chaque catégorie d'actes donne la production globale de la dite structure.

L'évaluation du facteur travail s'est faite quant à elle en deux étapes :

1. Le choix de l'agent de référence

Les catégories de personnel sont les suivantes :

Tableau4 : Catégories de personnel et salaires annuels moyen

Catégories de personnel	Salaire Annuel Moyen
Médecins	2 943 116
Techniciens supérieurs	1 973 750
Sages femmes	1 253 750
Infirmiers	1 767 553
Dépositaire de la	720 000
Aide infirmier	852 997
Fille de Salle	1 578 408
Agents de santé	1 216 889
Matrones	334 286
Aide Opérateur	410 000
Aide Soignant	207 000
Sécrétaire dactilo	1 540 000
Plombier	360 000
Manœuvre	360 000
Vendeuse de Ticket	600 000
Chauffeur	1 230 174
Aide Laboratin	525 000
Gardiens	560 000
Technicien de Froid	420 000
Balayeuse	287 500
Fleuriste	360 000
Electricien	360 000
Assistant Social	4 800 000

SOURCE : SYNTHÈSE DES DOCUMENTS FINANCIERS DU CENTRE DE SANTÉ DE RICHARD TOLL

2. Le choix des pondérations entre les agents

Le choix de l'agent de référence est basé sur le salaire moyen pratiqué au centre de santé de Richard Toll (1 035 000F CFA). Ce salaire moyen est très proche de celui de l'Agent de Santé (1 216 000F CFA), qui est un personnel soignant formé pendant 2 ans à l'école de formation des agents sanitaires de Saint Louis/Sénégal. Par conséquent, l'agent de santé a été choisi comme agent de référence. Le salaire de chaque catégorie de personnel des formations sanitaires est pondéré par le salaire de l'agent de santé. On obtient ainsi une unité équivalente entre l'agent de santé et les autres catégories de personnel. La sommation de tous « les équivalents agents de santé » donne une évaluation du facteur travail. Par exemple, si une structure dispose d'un médecin, de 2 Infirmiers et de 3 agents de santé, le facteur travail se calcule de la façon suivante :

Le médecin perçoit : 300

Un infirmier perçoit 200

Un agent de santé perçoit 100

On obtient : le médecin vaut 3 équivalents agents de santé, les 2 infirmiers valent 4 agents de santé et les 3 agents de santé équivalent à eux même.

La structure sanitaire dispose d'un effectif de 6 personnels mais la conversion en équivalent agents de santé donne 10 agents de santé équivalents.

La productivité est alors obtenue par le rapport entre la production en équivalent NFS et le facteur travail en équivalent Agent de santé.

Afin de rechercher les déterminants de la production, il a été pris en compte toutes les données de l'étude diligentée par la CAFSP, sur la viabilité financière et économique des centres et postes de Richard Toll, Vélingara, Kédougou et la Polyclinique Communautaire de Guédiawaye.

IV. LIMITE DE LA METHODOLOGIE

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

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RESULTATS

CES/10 - BIBLIOTHEQUE

I. LES SOURCES DE FINANCEMENT

Les principales sources de financement retrouvées au niveau des formations sanitaires sont :

- ✓ l'Etat du Sénégal,
- ✓ la collectivité locale (Mairies et communautés rurales)
- ✓ les partenaires au développement
- ✓ Le comité de santé.

Tableau 5: Répartition du financement par source de financement en FCFA

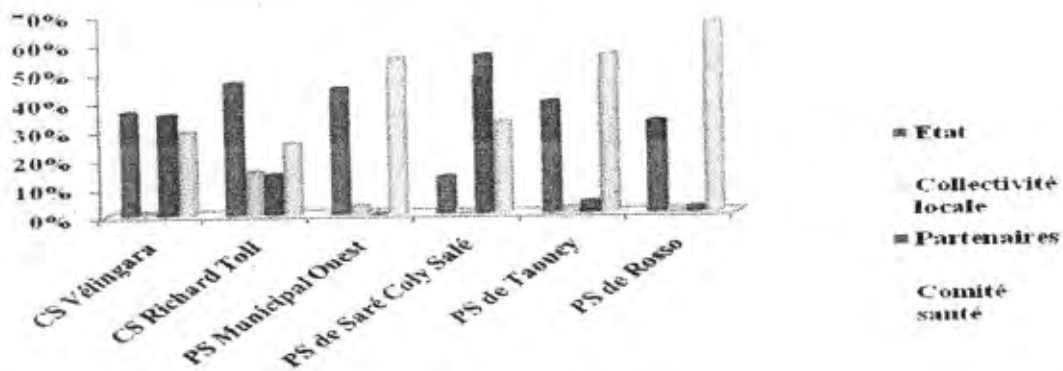
Etablissements sanitaires	Etat	Collectivité locale	Partenaires	Comité santé	Total
CS Vélingara	98 780 910 (36%)	1 440 000 (1%)	97 700 000 (35%)	79 382 804 (29%)	277 303 714
CS Richard Toll	102 092 611 (46%)	33 041 827 (15%)	30 366 040 (14%)	54 202 315 (25%)	219 702 793
PS Municipal Ouest	3 276 325 (44%)	210 000 (3%)	-	4 018 445 (54%)	7 504 770
PS de Saré Coly Salé	3 600 000 (13%)	-	14 805 000 (55%)	8 557 334 (32%)	26 962 334
PS de Taouey	4 344 745 (39%)	200 000 (2%)	415 615 (4%)	6 132 937 (55%)	11 093 297
PS de Rosso	6 767 245 (32%)	-	415 615 (2%)	14 059 985 (66%)	21 242 845

SOURCE : RAPPORTS FINANCIERS DES STRUCTURES SANITAIRES EN 2005

Ce tableau montre que le financement Etatique représente 46% de l'ensemble des apports des différentes sources au niveau du Centre de Santé de Richard Toll. A Saré Coly salé, les Partenaires Extérieurs supportent 55% du financement du Poste de Santé. Le Comité de Santé de Rosso a un poids de 66% par rapport aux autres sources de financement.

Le graphique suivant met en évidence les sources de financement des formations sanitaires.

Graphique1 : Proportion du financement en fonction des sources



Ce graphique montre que la collectivité locale est quasi absente dans le financement des structures sanitaires.

Graphique2 : Répartition du financement de l'ensemble des structures sanitaires²



Dans 43% des cas, le financement des établissements sanitaires du niveau le plus opérationnel de la pyramide sanitaire repose sur la population.

II. CATEGORIES DE DEPENSES

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

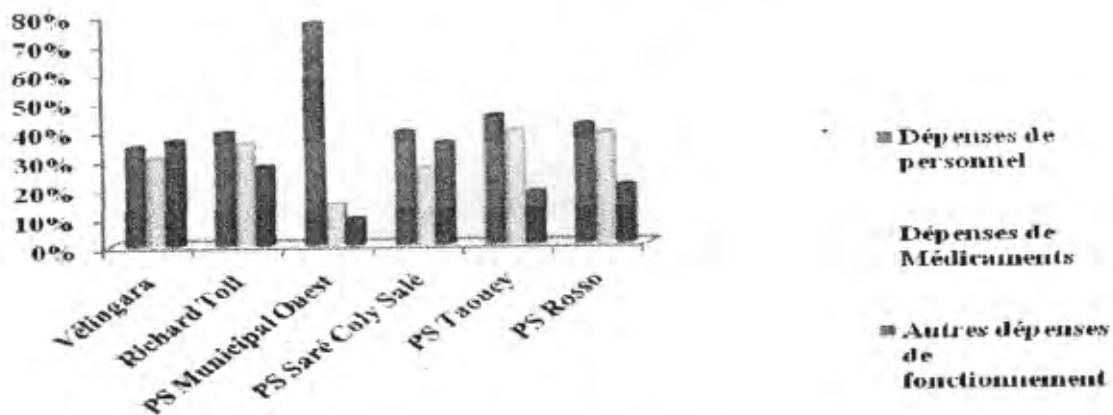
Tableau 6: structures des dépenses de soins de santé (FCFA)

Etablissements sanitaires	Dépenses de personnel	Dépenses de Médicaments	Autres dépenses de fonctionnement	TOTAL
Vélingara	95 865 120 (34%)	83 941 863 (30%)	97 496 732 (36%)	277 303 715
Richard Toll	85 049 291 (39%)	76 170 764 (35%)	58 482 738 (27%)	219 702 793
PS Municipal Ouest	3 780 700 (77%)	686 781 (14%)	438 025 (9%)	4 905 506
PS Saré Coly Salé	9 956 469 (39%)	6 475 125 (26%)	8 888 330 (35%)	25 319 924
PS Taouey	4 308 645 (44%)	3 807 560 (39%)	1 738 980 (18%)	9 855 185
PS Rosso	6 657 030 (41%)	6 124 360 (38%)	3 280 425 (20%)	16 061 815

Le tableau ci-dessus relève que 77% des dépenses du Poste de Santé Municipal Ouest sont consacrées aux médicaments.

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

Graphique 3 : Catégories de dépenses des centres de santé



Le profil de dépenses des Centres de santé est presque identique. Les Postes de santé présentent quant à eux deux profils : le Poste de santé municipal ouest où, le personnel occupe de loin le principal poste budgétaire et les autres postes de santé où les catégories de dépenses ne s'éloignent pas les unes par rapport aux autres.

Le graphique suivant montre que les dépenses moyennes sont presque équivalentes au niveau des centres de santé.

Graphique 4 : Proportion des catégories de dépenses



Les dépenses en ressources humaines représentent en moyenne, 37% de l'ensemble des postes budgétaires quelque soit la structure étudiée.

Le tableau suivant montre les dépenses en ressources humaines en fonction de la source de financement.

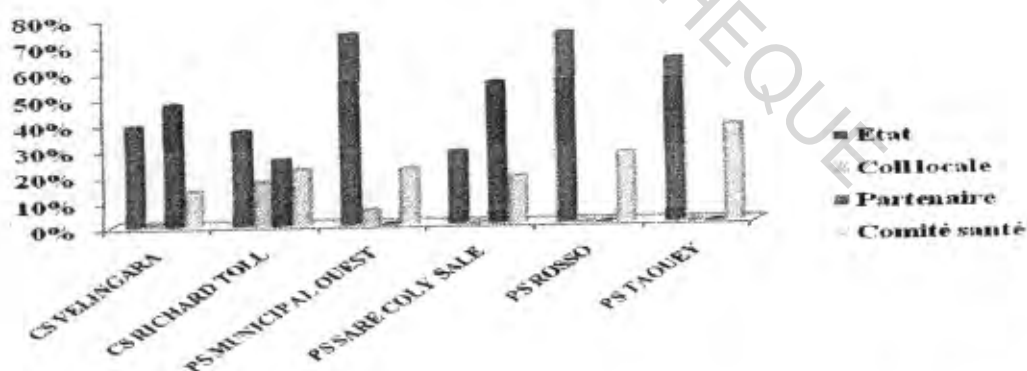
A. DEPENSES EN RESSOURCES HUMAINES

Tableau 7 : Dépenses en personnel selon la source

Dépenses Personnel CS /sources	Etat	Collectivité locale	Partenaires	Comité santé	TOTAL
Vélingara	37 197 000 (39%)	840 000 (1%)	45 000 000 (47%)	12 828 120 (13%)	95 865 120
Richard Toll	31 138 239 (37%)	14 066 052 (17%)	21 460 000 (25%)	18 385 000 (22%)	85 049 291
PS Municipal Ouest	2 760 000 (73%)	210 000 (6%)	0	810 700 (21%)	3 780 700
Saré Coly Salé	2 712 600 (28%)	0	5 400 000 (54%)	1 796 469 (18%)	9 909 069
Rosso	4 860 000 (73%)	0	0	1 797 030 (27%)	6 657 030
Taouey	2 387 500 (63%)	0	0	1 420 060 (37%)	3 807 560

Ce tableau montre qu'au niveau des Postes Municipal Ouest et Taouey, l'Etat supporte respectivement 73% et 63% des dépenses.

Graphique 5 : Dépenses en ressources humaines par source



Ce graphique montre que les bailleurs ont financé le personnel du poste de santé Saré Coly Salé et du Centre de Santé de Vélingara aux taux respectifs de 47% et 54%.

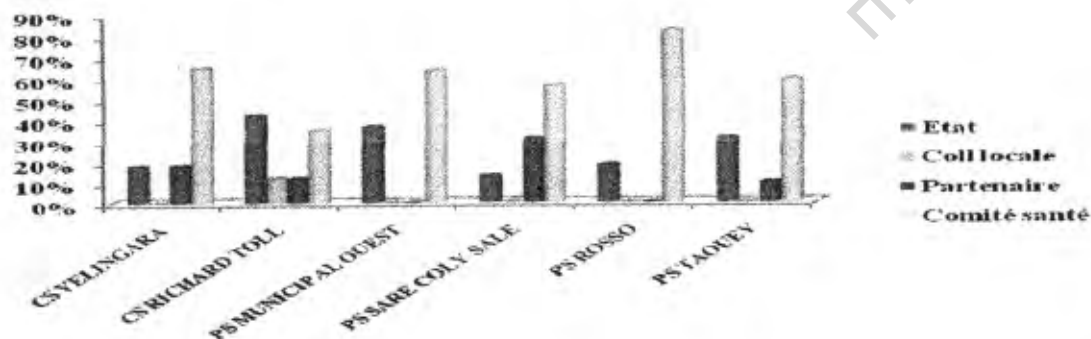
B. DEPENSES EN MEDICAMENTS

Tableau 8 : Dépenses de médicaments selon la source

Structures sanitaires	Etat	Collectivité locale	Partenaires	Comité santé	TOTAL
Vélingara	14 707 062 (18%)	-	15 000 000 (18%)	54 234 801 (65%)	83 941 863
Richard Toll	31 836 369 (42%)	8 997 775 (12%)	8 906 040 (12%)	26 430 580 (35%)	76 170 764
PS Municipal Ouest	250 000 (36%)	0	0	436 781 (64%)	686 781
PS Saré Coly Salé	840 000 (13%)	0	2 000 000 (31%)	3 590 125 (56%)	6 430 125
PS Rosso	1 200 000 (18%)	0	0	5 524 360 (82%)	6 724 360
PS Saré Coly Salé	1 350 000 (31%)	0	415 615 (10%)	2 543 030 (59%)	4 308 645

Les comités de santé du Poste de Rosso et du centre de santé de Vélingara supportent les dépenses en médicaments aux taux respectifs de 82% et 65%.

Graphique 6 : Financement du médicament par source



Ce graphique montre que la Population est la principale source de financement du médicament.

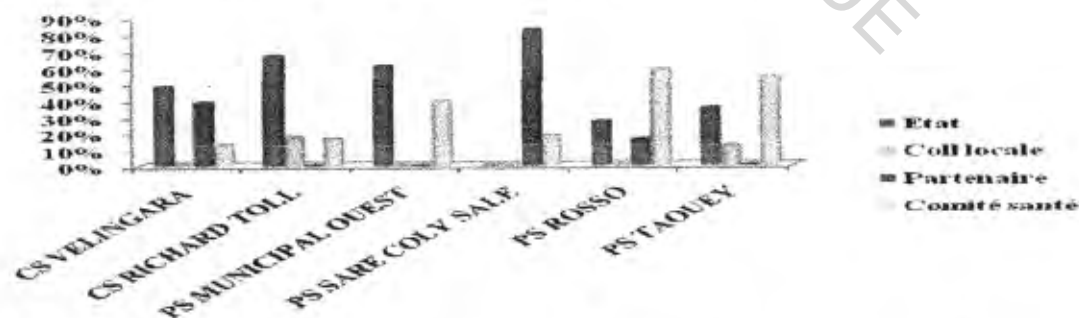
C. AUTRES CHARGES

Tableau 9 : Les autres charges selon la source

Autres charges/ Sources	Etat	Collectivité locale	Partenaires extérieurs	Comité santé	Total
CS Vélingara	46 876 848 (48%)	600 000 (1%)	37 700 000 (39%)	12 319 883 (13%)	97 496 732
CS de Richard Toll	39 118 003 (67%)	9 978 000 (17%)	-	9 386 735 (16%)	58 482 738
Ps Municipal Ouest	266 325 (61%)	0	0	171 700 (39%)	438 025
PS Saré Coly Salé	0	0	7 405 000 (82%)	1 575 730 (18%)	8 980 730
PS Rosso	707 245 (27%)	0	415 615 (19%)	1557565 (58%)	2 680 425
PS Saré Coly Salé	607 245 (35%)	200 000 (12%)	0	931735 (54%)	1 738 980

On remarque que 87% des dépenses de fonctionnement du Poste de Saré Coly Salé sont pris en charge par les partenaires extérieurs. Au centre de santé de Richard Toll, par contre, c'est l'Etat qui la principale source de financement (67%) de cette charge.

Graphique 7 : Autres charges de fonctionnement par source



Le graphique ci-dessus montre que la collectivité locale est quasi absente dans le financement des autres dépenses de fonctionnement.

III. CATEGORIES DE RECETTES PROPRES

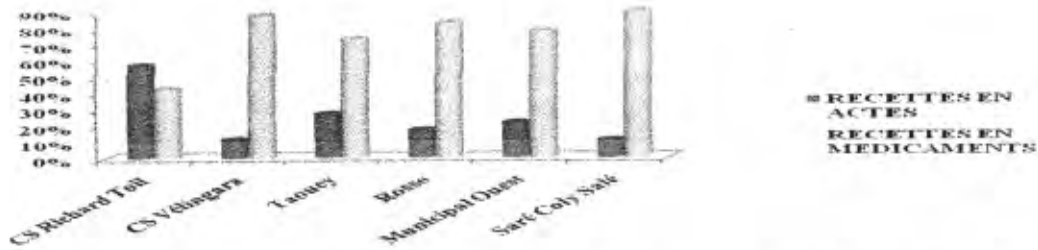
Tableau 10 : Catégories de recettes propres (F CFA)

Centres de Santé	Actes	Médicaments	Total
Richard Toll	23 886 300 (57%)	17 897 575 (43%)	41 783 875
Vélingara	10 073 157 (12%)	74 424 419 (88%)	84 497 576
Taouey	1 300 600 (27%)	3 505 400 (73%)	4 806 000
Rosso	1 853 800 (17%)	8 851 590 (83%)	10 705 390
Municipal Ouest	668 250 (22%)	2 367 795 (78%)	3 036 045
Saré Coly Salé	690 325 (10%)	6 099 040 (90%)	6 789 365

Les recettes de médicaments occupent respectivement une place de 90%, 88% et 83% des recettes propres du poste de santé de Saré Coly salé, du centre de santé de Vélingara et du poste de santé de Rosso.

Le graphique suivant met en exergue les catégories de recettes en fonction des régions du pays.

Graphique 8 : Catégories de recettes propres



Le médicament représente la principale source de revenus de 83% des formations sanitaires étudiées.

Le tableau suivant illustre bien ce constat

Tableau 11 : Ratio des recettes propres/Dépenses de Comité de Santé

Centres de Santé	Recettes propres	Dépenses Propres	Ratio Recettes/Dépenses
Vélingara	84 497 576	54 202 315	156%
Richard Toll	41 783 875	79 382 804	53%
Taouey	4 806 000	4 894 825	98%
Rosso	10 705 390	8 878 955	121%
Municipal Ouest	3 036 045	1 419 181	214%
Saré Coly Salé	6 789 365	6 914 924	98%

Le ratio Recettes/Dépenses du centre de santé de Richard Toll et des postes de santé de Taouey et Saré Coly Salé sont respectivement de 53% et 98%.

Les données précédentes permettent d'élaborer les comptes d'exploitation ci-dessous.

IV. LES COMPTES D'EXPLOITATION

Le comité de Santé est souvent sollicité pour la prise en charge de certaines dépenses telles que le carburant, l'entretien des locaux. Ces pratiques ne peuvent que rendre déficitaire la trésorerie.

A. COMPTE D'EXPLOITATION DU CENTRE DE SANTE DE RICHARD TOLL

Tableau 12 : Compte d'exploitation du centre de santé de Richard Toll (FCFA)

Charges (dépenses)		TOTAL	Produits (recettes)		TOTAL
60-Achats			70-Ventes		
	Médicaments	68 489 289		Médicaments	58 731 719
	Carburant	15 655 937		Actes médicaux	18 801 800
	Fonctionnement	9 444 003		Exam Labo	5 084 500
	Entretien	2 137 930	71-Subventions		
	Fournit de bur	2 000 000			
	Autres Fournit	6 000 000		Affect personnels	45 204 291
	Mat Prod d'entr	548 000		Transferts	39 118 003
	Consom Inform	2 630 870			
Cession gratuite					
	Médicaments	7 681 475	72-Dons		
62-Services extérieurs A				Affectations pers	21 460 000
	Secours Indigen			En nature	9 978 000
	Locations			Financier	8 906 040
	Entret mainten	2 000 000			
	Entr Répar Véh	2 000 000			
	Entr maint Imbles	5 978 000			
	Entretien divers	4 916 600			
	Autr entret Maint	2 000 000			
	Relations publiques				
	Télécommunicat	1 416 600			
	Electricité	938 158			
	Eau	816 640			
63-Services extérieurs B					
66-Personnel	Format person	2 361 001			
	Rémunération	69 898 290			
	Prim motivation	12 790 000			
Résultat			Résultat		
Total charges (dépenses)		207 284 353	Total produits		207 284 353

On voit sur ce tableau qu'en charges, les médicaments ont coûté 68 489 289F CFA, alors qu'en recettes, ils n'ont rapportés que 58 731 719F CFA. Le résultat de Richard Toll est négatif (12 418 440F CFA).

Le Centre de Santé de Richard Toll réalise un résultat négatif de 12 418 440F FCA.

Tableau 13 : Les Charges du centre de santé de Richard Toll

Charges (dépenses)	TOTAL	État	Collectivité local	Partenaires exté	Comité santé
60-Achats					
Médicaments	68 489 289	31 836 369	8 997 775	8 906 040	18 749 105
Carburant	15 655 937	10 538 002			5 117 935
Fonctionnement	9 444 003	9 444 003			
Entretien	2 137 930				2 137 930
Fournit de bur	2 000 000	2 000 000			
Autres Fournit	6 000 000	6 000 000			
Mat Prod d'entr	548 000	548 000			
Consom Inform	2 630 870	500 000			2 130 870
Cession gratuite					
Médicaments	7 681 475				7 681 475
62-Services extérieurs A					
Secours Indigen					
Locations					
Entret mainten	2 000 000	2 000 000			
Entr Répar Véh	2 000 000	2 000 000			
Entr maint Imbles	5 978 000		5 978 000		
Entretien divers	4 916 600	1 416 600	3 500 000		
Autr entret Maint	2 000 000	2 000 000			
Relations publiques					
Télécommunicat	1 416 600	1 416 600			
Electricité	938 158	688 158	250 000		
Eau	816 640	566 640	250 000		
63-Services extérieurs B					
66-Personnel					
Format person	2 361 001	2 361 001			
Rémunération	69 898 290	22 177 238	14 066 052	18 120 000	15 535 000
Prim motivation	12 790 000	6 600 000		3 340 000	2 850 000
Résultat					
Charges Totales du centre de santé	219 702 793				

Ce tableau montre que la cession gratuite de médicaments a été évaluée à 7 681 475F CFA.

Tableau 14 : Les Produits du centre de santé de Richard Toll

Produits (recettes)	TOTAL	Etat	Collectivité locale	Partenaires Ext	Comité de Santé
70-Ventes					
Médicaments	58 731 719	31 836 369	8 997 775		17 897 575
Actes médicaux	18 801 800				18 801 800
Exam Labo	5 084 500				5 084 500
71-Subventions					
Fond Propre					
Affect personnels	45 204 291	31 138 239	14 066 052		
Abonnements					
Transferts	39 118 003	39 118 003			
72-Dons					
Affectations pers	21 460 000			21 460 000	
En nature	9 978 000		9 978 000		
Financier	8 906 040			8 906 040	
Gratuité					
Médicaments					
Résultat					12418440
Total produits du CS					219 702 793

Les dépenses de personnel affecté au CS de Richard Toll ont été évaluées à 45 204 291F CFA. Les dépenses de personnel supportées par les bailleurs ont été estimées à 21 460 000F CFA.

B. COMPTE D'EXPLOITATION DU CENTRE DE SANTE DE VELINGARA

Tableau 15 : Compte d'exploitation du centre de santé de Vélingara (FCFA)

Charges (dépenses)		TOTAL	Produits	Ressources	TOTAL
60-Achats			70-Ventes	Médicaments	94 131 481
	Médicaments	83 941 863		Actes médicaux	8 602 142
	Carburant	11 590 954		Exam Labo	1 471 015
	Fonctionnement	38 300 000	71-Subventions		
	Fournit de bur	5 673 511		Fond Propre	37 797 001
	Autr Fournit	5 244 805		Affectation personnels	840 000
	Mat Prod entr	6 469 250		Transferts	46 876 848
	Conso Info	999 932			
62-Services extérieurs A			72-Dons		
	Frais d'activités d'IE	462 124		Fonctionnement GI	92 700 000
	Frais Réunion Coord	387 960			
	Frais Camp Masse	1 940 654			
	Nourrit assist				
	Entretien et mainten	339 935			
	Entr Rép Véhi	8 722 762			
	Entr maintce Imbles	417 444			
	Autr entr Maint	5 570 190			
	Matelas & Draps	2 000 000			
	Télécommunicat	4 780 198			
	Electricité	1 319 562			
	Eau	278 390			
	Aut ach biens Sces	2 999 062			
63-Services extérieurs B					
	Formations du perso	45 907 277			
	Rémunération	38 127 000			
	PEC Médicale	2 710 842			
	Primes de motivation	9 120 000			
Résultat		5 114 772		Résultat	
Total charges		282 418 487		Total Produits CS	282 418 487

Le solde du centre de santé de Vélingara est positif et estimé à 5 114 772F CFA.

Tableau16: Structures des charges du centre de santé de Vélingara.

Charges (dépenses)	TOTAL	Etat	Collectivité locale	Partenaires Exté	Comité santé
60-Achats					
Médicaments	83 941 863	14 707 062		15 000 000	54 234 801
Carburant	11 590 954	11 497 680			93 274
Fonctionnement	38 300 000		600 000		
Fournit de bur	5 673 511	4 801 545			871 966
Autr Fournit	5 244 805	5 244 805			
Mat Prod entr	6 469 250	6 469 250			
Conso Info	999 932	999 932			
62-Services extérieurs A					
Frais d'activités d'IEC	462 124				462 124
Frais Réunion Coordi	387 960				387 960
Frais Camp Masse	1 940 654				1 940 654
Nourrit assist					
Entretien et maintenance	339 935				339 935
Entr Rép Véhi	8 722 762	5 495 470			3 227 292
Entr maintce Imbles	417 444				417 444
Autr entr Maint	5 570 190	5 570 190			
Matelas & Draps	2 000 000	2 000 000			
Télécommunicat	4 780 198	200 962			4 579 236
Electricité	1 319 562	1 319 562			
Eau	278 390	278 390			
Aut ach biens Sces	2 999 062	2 999 062		37 700 000	
63-Services extérieurs B					
Formations du personnel	45 907 277			45000000	907 277
Rémunération	38 127 000	28 077 000	840 000		9 210 000
PEC Médicale	2 710 842				2 710 842
Primes de motivation	9 120 000	9 120 000			
Résultat					5114772
Total charges					282 418 487

On voit sur ce tableau que le comité de santé a financé des activités de supervision telles les campagnes de masse, les réunions de coordination.

C. COMPTE D'EXPLOITATION DU POSTE DE SANTE DE ROSSO

Tableau 18 : Compte d'exploitation du Poste de santé de Rosso

Charges (dépenses)		TOTAL	Produits (recettes)		TOTAL
60-Achats			70-Ventes		
	Médicaments	6 724 360		Médicaments	9 451 590
	Matériels bureau	51 650		Actes médicaux	1 853 800
	Maintenance locaux	159 625	71-Subventions		
	Maintenance logistique	162 330		Affectation personnel	4 860 000
	Carburant	170 230		Abonnements	
62-Services extérieurs A				Transferts	209 133
	Matériels et Produits d'entre	33 100			
	Chages exceptionnelles	162 330	72-Dons		
	Consommables Informatique	92 360		Fonctionnement GI	1 513 727
	Outils de gestion	170 230			
	Télécommunication	101 000			
	Electricité	178 328			
	Eau	94 440			
	AGIOS	306 150			
	Gaz	10 850			
	Autres dépenses	987802			
63-Services extérieurs B					
	Honoraires (perdiems)				
66-Personnel					
	Rémunération	5 220 000			
	Charges sociales				
	Primes de motivation	1 385 380			
	Formations du personnel	51 650			
Résultat		1 826 435			
Coût total du fonctionnement		17 888 250		Recettes Totales	17 888 250

Le tableau précédent révèle que le compte d'exploitation de Rosso a un solde positif.

Tableau19: Charges du PS Rosso

Charges (dépenses)	TOTAL	Sources			Comité santé
		Etat	Communaute	Programmes de Partenaire	
60-Achats					
Médicaments	6 724 360	600 000		600000	5 524 360
Matériels bureau	51 650				51 650
Maintenance locaux	159 625				159 625
Maintenance logistiqu	162 330				162 330
Carburant	170 230				170 230
62-Services extérieurs A					
Matériels et Produits	33 100				33 100
Chages exceptionnelle	162 330				162 330
Consommables Infort	92 360				92 360
Outils de gestion	170 230				170 230
Télécommunication	101 000				101 000
Electricité	178 328	114 693			63 635
Eau	94 440	94 440			0
AGIOS	306 150				306 150
Gaz	10 850				10 850
Autres dépenses	987802				74 075
63-Services extérieurs B					
Honoraires (perdiems)					
66-Personnel					
Rémunération	5 220 000	3 660 000			1 560 000
Charges sociales					185380
Primes de motivation	1 385 380	1 200 000			51 650
Formations du person	51 650			498112	
Résultat	1 826 435				415 615
Total charges (dépenses)		5 669 133	0	1098112	415 615
Coût total du fonctionnement					17 888 250

Ce tableau montre que le comité de santé intervient dans la plus part du temps pour financer les dépenses non prises en charges par l'Etat et la communauté rurale.

Tableau20 : Les produits du poste de santé de Rosso

Produits (recettes)	TOTAL	Etat	Communaute	Programmes de Partenaire	Comité santé
70-Ventes					
Médicaments	9 451 590	600 000			8 851 590
Actes médicaux	1 853 800				1 853 800
71-Subventions					
Affectation personnel	4 860 000	4 860 000			
Abonnements					
Transferts	209 133	209 133			
72-Dons					
Fonctionnement GI	1 513 727			1 098 112	415 615
Recettes Totales	17 888 250				

Le tableau ci dessus montre que les médicaments et les actes ont rapporté respectivement 8 851 590 et 1 853 800 FCFA au Comité de Santé.

D. COMPTE D'EXPLOITATION DU POSTE DE SANTE DE SARE COLY SALE

Tableau 21 : Compte d'exploitation du Poste de santé de Saré Coly Salé

Charges (dépenses)		TOTAL	Produits (recettes)		TOTAL
60-Achats			70-Ventes		
	Médicaments	6 382 725		Médicaments	6 939 040
	Outils de gestion	136 525		Actes médicaux	690 325
	Carburant	257 475			
Cession gratuite					
	Médicaments	92 400	71-Subventions		
62-Services extérieurs A				Affectation personnel	2 760 000
	Maintenance logistique	471 810		Abonnements	
	Maintenance chaîne de froid	40 750		Transferts	
	Maintenance locaux	105 900			
	Télécommunication	239 925			
	Eau	31 225	72-Dons		
	Gaz	100 400		Affectations personnels	
	Autres Dépenses	99 320		En nature	13 905 000
	Buanderie			Financier	900 000
	Fonctionnement GI	7 405 000			
66-Personnel					
	Rémunération	3 927 969			
	Formation Pers	2 500 000			
	Charges sociales	17 700			
	Primes de motivation	3 510 800			
Résultat			Résultat		125 569
Total charges/source			Total produits/source		
Total dépenses PS		25 319 924	Total produits PS		25 319 924

Ce tableau montre que le compte d'exploitation du poste de santé de Saré Coly Salé est négatif.

Tableau 22 : Structures des charges du poste de santé de Saré Coly Salé

Charges (dépenses)	TOTAL	Etat	Coll locale	Partenaire	Comité santé
60-Achats					
	Médicaments	6 382 725	840 000		3 542 725
	Outils de gestion	136 525		2 000 000	136 525
	Carburant	257 475			257 475
Cession gratuite					
	Médicaments	92 400			92 400
62-Services extérieurs A					
	Maintenance logistique	471 810			471 810
	Maintenance chaîne de froid	40 750			40 750
	Maintenance locaux	105 900			105 900
	Télécommunication	239 925			239 925
	Eau	31 225			31 225
	Gaz	100 400			100 400
	Autres Dépenses	99 320			99 320
	Buanderie			7 405 000	
	Fonctionnement GI	7 405 000			
66-Personnel					
	Rémunération	3 927 969	2 160 000		1 767 969
	Formation Pers	2 500 000		2 500 000	
	Charges sociales	17 700			17 700
	Primes de motivation	3 510 800	600 000	2 900 000	10 800
Résultat					
Total charges/source			3 600 000	14 805 000	6 914 924
Total dépenses PS		25 319 924			

Le tableau précédent révèle que les bailleurs ont financé les charges du PS Saré Coly Salé à hauteur de 14 805 000F CFA.

Tableau 23 : Structures des produits du poste de santé de Saré Coly Salé

Produits (recettes)	TOTAL	Sources			Comité santé
		Etat	Coll locale	Partenaire	
70-Ventes					
Médicaments	6 939 040	840 000			6 099 040
Actes médicaux	690 325				690 325
71-Subventions					
Affectation personnel	2 760 000	2 760 000			
Abonnements					
Transferts					
72-Dons					
Affectations personnels					
En nature	13 905 000			13 905 000	
Financier	900 000			900 000	
Résultat	125 559				125 559
Total produits/source		3 600 000		14 805 000	6 914 924
Total produits PS	25 319 924				

On voit sur le tableau précédent que la vente des médicaments du poste de santé de Saré Coly Salé était de 6 099 040F CFA.

E. COMPTE D'EXPLOITATION DU POSTE DE SANTE MUNICIPAL OUEST

Tableau 24 : Compte d'exploitation du Poste de santé Municipal Ouest

Charges (dépenses)	TOTAL	Produits (recettes)	TOTAL
60-Achats		70-Ventes	
Médicaments	686 781	Médicaments	2 617 795
62-Services extérieurs A		Actes médicaux	668 250
Autres Prestation	10 000	Exam Labo	
Entretiens et réparation de véhicule		71-Subventions	
Outils de gestion	116 500	Affectation personnel	2 970 000
Electricité	265 127	Abonnements	
Eau	46 398	Transferts	266 325
66-Personnel			
Rémunération	3 180 700	Fond Propre	
Charges sociales		72-Dons	
Primes motivation	600 000	Affectations personnels	
Résultat	1 616 864	En nature	
Total dépenses PS	6 522 370	TOTAL recettes poste de santé	6 522 370

Le résultat du PS Municipal ouest est positif (1 661 864F CFA).

Tableau25 : Structure des charges du PS Municipal Ouest.

Charges (dépenses)		TOTAL	Etat	Coll locale	Comité santé
60-Achats					
	Médicaments	686 781	250 000		436 781
62-Services extérieurs A					
	Autres Prestation	10 000			10 000
	Entretiens et réparation de véhicules				
	Outils de gestion	116 500			116 500
	Electricité	265 127	219 927		45 200
	Eau	46 398	46 398		
66-Personnel					
	Rémunération	3 180 700	2 160 000	210 000	810 700
	Charges sociales				
	Primes motivation	600 000	600 000		
Résultat					1 616 864
Total dépenses PS		6 522 370			

Sur ce tableau, on voit que le médicament financé par le comité de santé était évalué à 436 781F CFA.

Tableau26 : Structures des produits du poste de santé Municipal Ouest.

Produits (recettes)	TOTAL	Sources		
		Etat	Coll locale	Comité santé
70-Ventes				
	Médicaments	2 617 795	250 000	2 367 795
	Actes médicaux	668 250		668 250
	Exam Labo			
71-Subventions				
	Affectation personnel	2 970 000	2 760 000	210 000
	Abonnements			
	Transferts	266 325	266 325	
	Fond Propre			
72-Dons				
	Affectations personnels			
	En nature			
Total produits (recettes)	6 522 370	3 276 325	210 000	3 036 045

Le tableau ci-dessus révèle que les médicaments vendus par le comité de santé ont été évalués à 2 367 795F CFA..

F. COMPTE D'EXPLOITATION DU POSTE DE SANTE DE TAOUÉY

Tableau 27: Compte d'exploitation du Poste de santé de Taouey

Charges (dépenses)		TOTAL	Produits (recettes)		TOTAL
60-Achats			70-Ventes		
	Médicaments	4 308 645		Médicaments	5 669 127
	Outils de gestion	113 100		Actes médicaux	1 300 600
	Carburant	58 300		Autres	36 700
62-Services extérieurs A			71-Subventions		
	Maintenance logistique	25 000		Affectation personnel	2 387 500
	Maintenance chaîne de froid	23 405		Abonnements	200 000
	Maintenance locaux	505 300		Transferts	209 133
	Electricité	214 693			
	Eau	194 440			
	AGIOS	32 840			
	Gaz	950			
	Fonctionnement GI	398 112			
63-Services extérieurs B					
	Charges exceptionnelles	140 000			
66-Personnel					
	Rémunération	3 077 500			
	Primes de motivation	730 060			
69-Autres dépenses (AGGIOS)		32 840			
Résultat			Résultat		52 125
Coût total PS		9 855 185	Charges totales PS		9 855 185

Le compte d'exploitation ci-dessus met en évidence un résultat négatif au niveau du Poste de Santé de Taouey.

Tableau 28 : Structure des charges du PS Taouey

Charges (dépenses)	Etat	Coll locale	Programmes	Partenaire	Comité santé
60-Achats					
	Médicaments	650 000	700 000	415 615	2 543 030
	Outils de gestion				113 100
	Carburant				58 300
62-Services extérieurs A					
	Maintenance logistique				25 000
	Maintenance chaîne de froid				23 405
	Maintenance locaux				505 300
	Electricité	114 693	100 000		
	Eau	94 440	100 000		
	AGIOS				32 840
	Gaz				950
	Fonctionnement GI				
63-Services extérieurs B					
	Charges exceptionnelles				140 000
66-Personnel					
	Rémunération	1 787 500			1 290 000
	Primes de motivation	600 000			130 060
			398 112		32 840
Résultat					
Total charges/Source	3 246 633	200 000	1 098 112	415 615	4 894 825
Coût total PS					9 855 185

V. MARGES PRATIQUES SUR LE MEDICAMENT

Nous présenterons les prix de cession des médicaments avant de déterminer les coefficients multiplicateurs.

A. PRIX DE CESSIION DU MEDICAMENTS

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

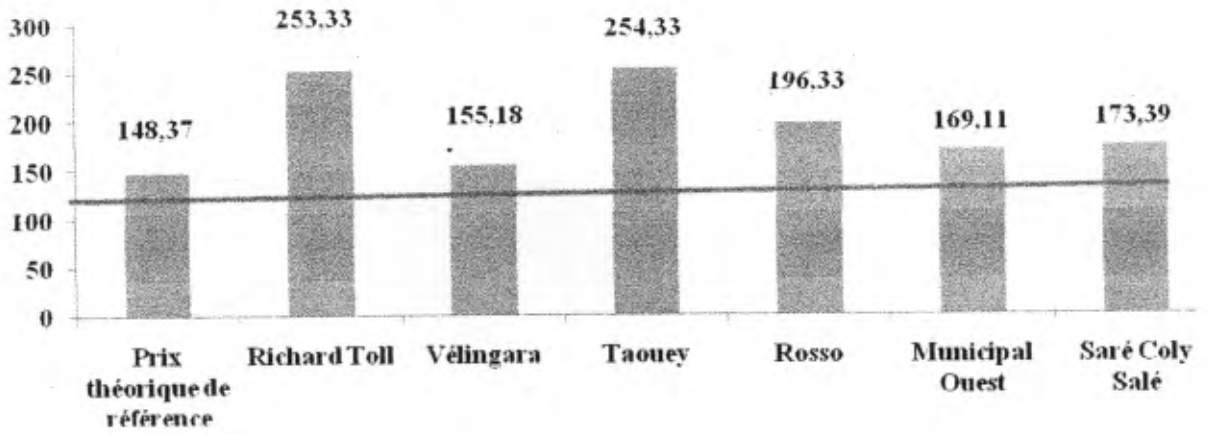
Tableau30 : Prix de cession des médicaments dans les dépôts communautaires

Médicaments essentiels	Prix théorique de référence	Richard Toll	Vélingara	Taouey	Rosso	Municipal Ouest	Saré Coly Salé	Prix moyen de chaque molécule
Fer acide folique	4,6	10	5	10	10	5	5	7,5
Cifran 250 cp	21,7	60	30	50	25	25	25	35,83
Aspirine 500mg	5,4	10	-	10	10	-	-	10
Paracétamol cp 500mg	5,7	10	7,5	10	10	7,5	7,5	8,75
Mebendazole cp	6,8	10	15	20	10	15	15	14,16
Cotrimoxazole cp	12,7	20	15	20	20	15	15	17,5
Paluject 400	108	150	120	150	150	120	120	135
Amoxicilline 500	39,8	70	45	70	50	45	45	54,16
Paracétamol 250 sirop	463	650	425	900	675	425	425	583,33
Amoxicilline sirop	496	700	500	800	675	600	600	645,83
Cotrimoxazole sirop	546	1100	500	1070	675	600	600	757,5
Extencilline 1,2 MUI	204	390	200	235	215	200	260	250
Séringues 5CC	54	100	40	100	100	40	40	70
Vitamine C 500cp	14,9	20	20	20	20	20	20	20
Ampicilline 1g injectable	243	500	250	350	300	250	250	316,6666 67
MOYENNE	148,37	253,33	155,18	254,33	196,33	169,11	173,39	200,2783 33

*Il s'agit d'une moyenne arithmétique du prix des médicaments.

Le tableau précédent montre que le prix de cession moyen dans les dépôts communautaires est respectivement de 253,33F CFA au centre de santé de Richard Toll et de 254,33F CFA au poste de santé de Taouey.

Graphique 9 : Prix moyens de cession des médicaments



Ce graphique montre que le prix moyen est constamment dépassé par l'ensemble des formations sanitaires.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

B. COEFFICIENT MULTIPLICATEUR PRATIQUE SUR LE PANIER DE MEDICAMENTS

Le tableau suivant met en évidence la diversité des coefficients multiplicateurs appliqués par les formations sanitaires.

Tableau31 : Coefficient multiplicateur sur le panier de médicaments

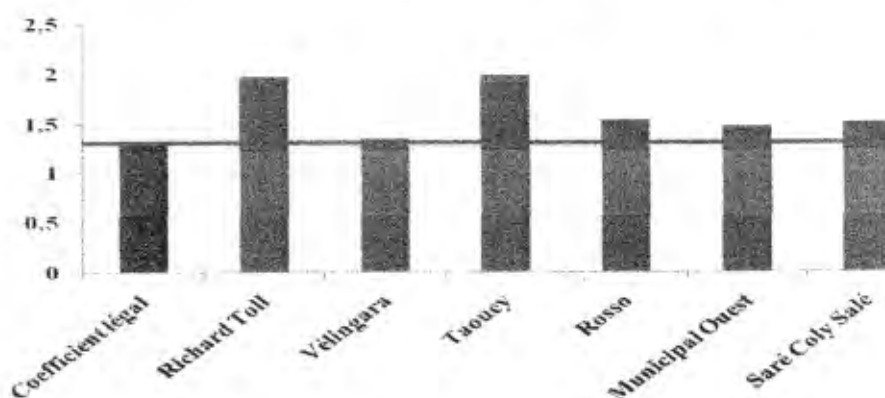
Désignation (médicaments)	Coefficient multiplicateur légal	Richard Toll	Vélingara	Taouey	Rosso	Municipal Ouest	Saré Coly Salé	Coefficient moyen de chaque molécule
Fer acide folique	1,3	2,59	1,5	2,59	2,59	1,5	1,5	2,045
Cifran 250 cp	1,3	3,37	1,79	2,81	1,4	1,49	1,49	2,05
Aspirine 500mg	1,3	2,3	-	2,3	2,3	-		2,3
Paracétamol cp 500mg	1,3	2,14	1,75	2,14	2,14	1,75	1,75	1,94
Mé bendazole cp	1,3	1,04	1,57	2,09	1,04	1,57	1,57	1,48
Cotrimoxazole cp	1,3	2	1,47	2	2	1,47	1,47	1,735
Paluject 400	1,3	1,39	1,25	1,39	1,39	1,25	1,25	1,32
Amoxicilline 500	1,3	2,21	1,48	2,21	1,58	1,48	1,48	1,74
Paracétamol 250 sirop	1,3	1,44	1,23	2	1,5	1,23	1,23	1,43
Amoxicilline sirop	1,3	1,56	1,2	1,78	1,5	1,45	1,45	1,49
Cotrimoxazole sirop	1,3	2,44	1,2	2,38	1,5	1,45	1,45	1,73
Extencilline 1,2 MUI	1,3	2,89	1,48	1,74	1,59	1,48	1,93	1,85
Seringues 5CC	1,3	2	1,33	2	2	1,33	1,33	1,66
Vitamine C 500cp	1,3	1,69	1,78	1,69	1,69	1,78	1,78	1,73
Ampicilline 1g injectable	1,3	2,62	2,54	1,83	1,57	2,55	2,55	2,27
**Moyenne Toute molécules confondue	1,3	1,97	1,34	1,98	1,53	1,46	1,5	1,63

*COEFFICIENT PAR RAPPORT AU PRIX DE LA PNA **IL S'AGIT D'UNE MOYENNE ARITHMETIQUE

Le taux multiplicateur est de 1,97 au centre de Richard Toll et de 1,98 au Poste de santé de Taouey.

Le graphique suivant confirme bien que la formation sanitaire privée et le centre de santé de Richard Toll et le PS de Taouey ont des prix de cession les plus élevés.

Graphique 10 : Coefficients multiplicateurs moyens des prix des médicaments



Le coefficient multiplicateur est toujours dépassé par toutes les formations sanitaires. Le CS de Vélingara pratique le taux multiplicateur le moins important.

VI. SALAIRES MOYENS ET STATUT DU PERSONNEL

Il s'agit ici d'étudier la rémunération en fonction du statut ainsi que le nombre de personnel employé par les formations sanitaires.

A. SALAIRES MOYENS PRATIQUES

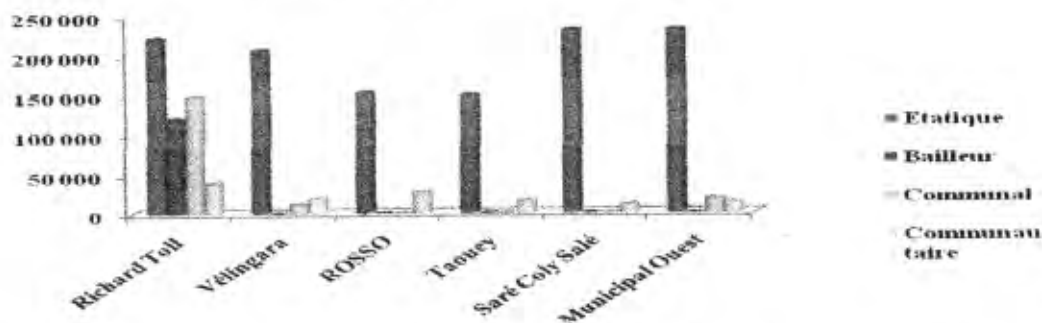
Tableau 32 : Salaires moyens pratiqués

Statut Personnel	Richard Toll	Vélingara	Rosso	Taouey	Saré Coly Salé	Municipal Ouest
Etatique	220 921	205 983	152 500	148 958	230 000	230 000
Bailleur	119 222	-	-	-	-	-
Communal	147 183	10 938	-	-	-	17 500
Communautaire	37 821	18 813	26 000	15 357	10 625	13 512

le tableau ci dessus montre que le salaire moyen pratiqué par le comité de santé de Saré Coly Salé est le plus bas (10 625F CFA).

Le graphique suivant met en évidence les niveaux de salaire du personnel en fonction du statut.

Graphique 11 : Salaires moyens pratiqués



Le graphique précédent montre que les niveaux de salaire des fonctionnaires est le plus important.

B. NOMBRE ET STATUT DU PERSONNEL

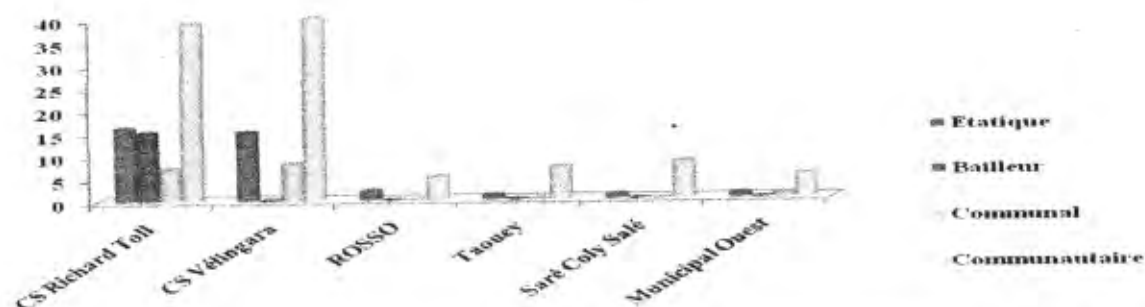
Tableau 33 : Nombre de personnel en fonction du statut

Statut Personnel	CS Richard Toll	CS Vélingara	ROSSO	Taouey	Saré Coly Salé	Municipal Ouest
Etatique	16	15	2	1	1	1
Bailleur	15	-	-	-	-	-
Communal	7	8	-	-	-	1
Communautaire	39	40	5	7	8	5
TOTAL	77	63	7	8	9	7

L'effectif du personnel communautaire des centres de santé de Richard Toll et Vélingara est respectivement de 39 et 40.

Le graphique suivant confirme bien l'importance du personnel communautaire dans les Centres de Santé.

Graphique 12 : Personnel en fonction du statut



On constate sur le graphique précédent que les formations sanitaires de même catégorie, ont presque le même profil en matière de ressources humaines.

VII. PRODUCTION ET PRODUCTIVITE

Le tableau suivant montre la productivité des centres de santé.

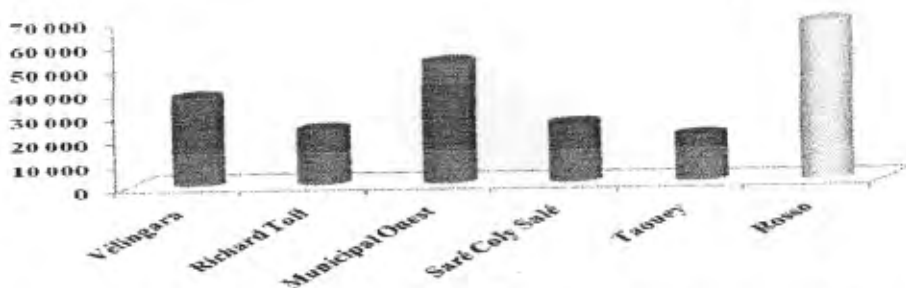
Tableau 34 : Productivité travail des centres de santé

Centres de Santé	Production des centres de Santé (Equivalent NFS)	Facteurs de production (Equivalent Agent de santé)	Productivité des Centres de Santé
Vélingara	1 076 847	29	37 478
Richard Toll	1 350 792	57	23 396
Municipal Ouest	130 440	3	51 524
Saré Coly Salé	82 653	3	25 059
Taouey	59 262	3	19 620
Rosso	283 978	4	67 201

Le tableau ci-dessus montre que le centre de santé de Richard Toll a une production de 1 350 792 Equivalent NFS, avec un facteur de production de 57 Equivalent Agent de santé. Le poste de santé de Rosso réalise une productivité de 67 201 Equivalent NFS/ Equivalent Agent de santé.

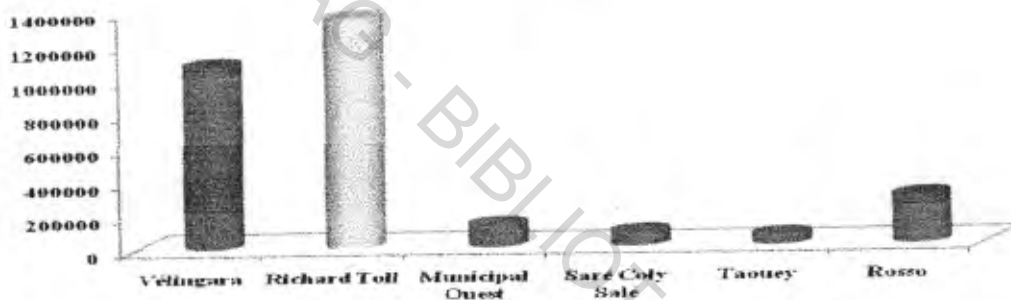
Les graphiques 13 ,14 et 15 suivants montrent bien la variation de la productivité des centres de santé en fonction de la production et du facteur de production.

Graphique 13 : Productivité



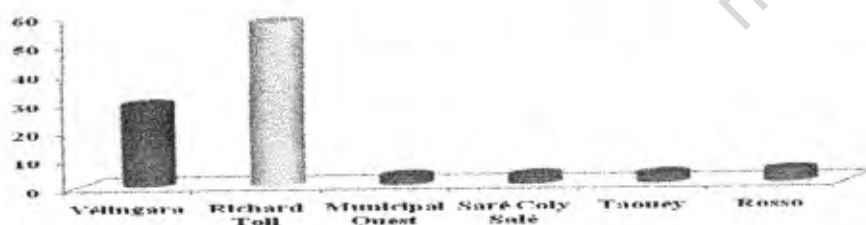
Le graphique ci-dessus montre que le poste de santé de Rosso possède la productivité la plus importante.

Graphique 14: Production des établissements sanitaires



Ce graphique révèle que les postes de santé ont des productions faibles.

Graphique 15: Facteurs travail des établissements sanitaires



Le facteur travail des postes de santé est faible.

Tableau 35: Ratio Dépenses /Production

Centre de Santé	Dépenses	Production	Coût de l'unité équivalente de Production
Vélingara	277 303 715	1 076 847	258
Richard Toll	219 702 793	1 350 792	163
Municipal Ouest	4 905 506	130 440	38
Saré Coly Salé	25 319 924	82 653	306
Taouey	9 855 185	59 262	166
Rosso	16 061 815	283 978	57

Le poste de santé Municipal ouest a dépensé 38F CFA pour produire une unité équivalente de NFS. Alors que le poste de santé de Saré Coly Salé ayant bénéficié d'importants financements des bailleurs pour les activités en stratégie avancées et fixes a dépensé 306F CFA pour produire un équivalent NFS. L'absence d'exhaustivité des rapports d'activités pourraient expliquer ce constat.

VIII. DETERMINANTS DE LA PRODUCTION

Tableau 36 : Les intrants des modèles

Formations sanitaires	CS Kédougou	Polyclinique de GS	PS Banafassi	CS Vélingara	CS Richard Toll	PS Taouey	PS Rosso	PS Municipal Ouest	PS Sare coly sale
Productivité	37138	24379	23500	37478	23396	19620	67201	51524	25059
Production	1 278 698	419 009	73 861	1 076 847	1 350 792	59 262	283 978	130440	82653
Dépenses totales	188347856	42219510	8599182	279570598	2745 92873	9855185	16061815	4905506	25319924
Financement Etat	104484226,6	0	3755727	96070068	121929448	3246633	5669133	3276325	3600000
Financement Comité santé	27002017	21739510	3689511	79382804	54202315	4894825	8878955	1419181	6914924
Baillleurs	52940989	17480000	453944	97700000	30366040	415615	415 615	-	14805000
Dépenses personnel	53959011	18358100	3260917	48034277	85049291	3807560	6657030	3780700	5456469
Dépenses Médicament	14448515	4905696	2857405,714	64234801	40428355	3608645	6124360	686781	4475125
Autres Fonctionnement	112389528	16901600	2347563	162323794	154092952	2438980	3280425	438025	15 388 330
Recettes totales	27002017	21739510	3689511	84497576	41783875	4806000	10705390	3036045	6789365
Prix moyen molécules	149,06	157,81	170,31	155,18	253,33	254,33	196,33	169,11	173,39
Coefficient multiplicateur	1,54	2,65	2,42	1,34	1,97	1,98	1,53	1,46	1,5

A. LES MARGES PRATIQUES SUR LE PRIX DE CESSION DU MEDICAMENT ET LES DEPENSES EN PERSONNEL ONT-ELLES UN EFFET SUR LA PRODUCTION ?

Nous voulons vérifier notre hypothèse 5.1

Posons comme modèle de départ : Production = f (Prix moyen de cession des médicaments,

Dépenses en Personnel)

$$Y = \text{Production (PRDTION)}$$

$$X = \text{Prix moyen de cession des médicaments (PRIXMOY),}$$

$$W = \text{Dépenses en Personnel (DÉPPERS)}$$

$$\epsilon = \text{Erreur}$$

$$Y = a + bX + cW$$

Le récapitulatif du modèle donne $R^2 = 0,966 > 0,95$, le modèle est donc plus que satisfaisant. ANOVA donne signification = $0,000 < 0,05$, le modèle est significatif.

La constante $a = 539823,825$ avec une signification = $0,032 < 0,05$ le paramètre est significatif.

$b = -2557,110$ avec une signification = $0,049 < 0,05$ le paramètre est donc significatif

$c = 1,835E-02$ avec une signification = $0,000 < 0,05$, le paramètre est également significatif.

Tableau 37 : Matrice de Corrélations entre La production, le prix de cession et les dépenses de personnel

		PRDTION	PRIXMOY	DÉPPERS
PRDTION	Corrélation de Pearson	1,000	0,083	0,966
	Sig. (bilatérale)	0,0	0,820	0,000
	N	10	10	10
PRIXMOY	Corrélation de Pearson	0,083	1,000	0,242
	Sig. (bilatérale)	0,820	0,0	0,501
	N	10	10	10
DÉPPERS	Corrélation de Pearson	0,966	0,242	1,000
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,501	0,0
	N	10	10	10

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Le modèle devient :

Production= 539 823,825 + (- 2 557,110) Prix moyen cession+1,835E-02 Dépenses de personnel

$$Y = 539\,823,825 + (-2\,557,110)X + 1,835E-02W$$

B. LES RECETTES ET LES DEPENSES TOTALES ONT- ELLES UN EFFET SUR LA PRODUCTION ?

Nous voulons vérifier notre hypothèse 5.2
Posons comme modèle de départ : Production = f (Recettes totales, Dépenses totales)

$$Y = \text{Production}(\text{PRDTION})$$

$$X = \text{Dépenses totales} (\text{DÉPTOT})$$

$$W = \text{Recettes totales} (\text{RECTOT})$$

$$\varepsilon = \text{Erreur}$$

$$Y = a + bX + cW + \varepsilon$$

Le récapitulatif du modèle donne, $R^2=0,931$, le modèle est satisfaisant.

ANOVA donne, signification=0,000<0,05 ; le modèle est donc significatif.

a=145542,920, la signification =0,099>0,05 d'où le paramètre n'est pas significatif.

b=6,002E-03, la signification=0,001<0,05 d'où le paramètre est significatif.

c= -8,100E-03, la signification=0,138>0,05 le paramètre n'est donc pas significatif.

Tableau38 : Matrice de Corrélations entre la production, les dépenses totales en personnel et les recettes propres

		PRDTION	DÉPTOT	RECTOT
PRDTION	Corrélation de Pearson	1,000	0,950	0,773
	Sig. (bilatérale)	0,0	0,000	0,009
	N	10	10	10
DÉPTOT	Corrélation de Pearson	0,950	1,000	0,893
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,0	0,001
	N	10	10	10
RECTOT	Corrélation de Pearson	0,773	0,893	1,000
	Sig. (bilatérale)	0,009	0,001	0,0
	N	10	10	10

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Le modèle devient :

Production = $145\,542,920 + 6,002E-03$ Dépenses totales - $8,100E-03$ Recettes totales

$Y = 145\,542,920 + 6,002E-03X - 8,100E-03W$

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DISCUSSION

I. LES LIMITES DE LA METHODOLOGIE

Le manque d'exhaustivité de certains rapports d'activités des établissements sanitaires étudiés pourrait limiter l'interprétation des données recueillies. Des informations obtenues au cours des entretiens ont nécessité le souvenir des interlocuteurs. Des biais liés à ce type de collecte de données ont donc été notés. En fin, les termes employés dans les résultats sont ceux qui sont utilisés par les prestataires. Cela pourrait poser des problèmes de compréhension vue qu'ils ne soient pas toujours scientifiquement adoptés.

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

II. LE FINANCEMENT SELON LES SOURCES

Concernant le dispositif de financement, l'Etat avec 41% des apports en ressources, est la principale source de financement des Centres de santé. En revanche, les usagers des Postes de Santé avec 52% du financement, sont la source majoritaire de financement des dépenses de ces dites structures de soins. *Notre hypothèse 1.1* selon laquelle, la structure de financement des centres de santé est différente de celle des Postes de Santé est donc vérifiée. Cette différence s'explique par le fait que les centres de santé comptent un personnel étatique avec des niveaux de salaire plus important. L'analyse menée au niveau de l'ensemble des établissements sanitaires révèle qu'avec 43% des dépenses, le comité de santé est la principale source de financement des soins de santé. Nos résultats sont identiques à ceux d'Hervé LAFARGE [19] qui montre qu'au Sénégal, les ménages financent les soins dans 75% des cas selon une approche économique et dans 57% des cas selon une approche des comptes nationaux de la santé. Nos données sont également confirmées par une étude menée au GHANA [6], qui met en évidence la prépondérance de l'Etat et des ménages dans le financement de la santé. En effet, ces travaux montrent que les ressources financières des districts sanitaires (Centres de Santé et Postes de

Santé) proviennent essentiellement des fonds alloués par le ministère de la santé (19% des dépenses totales du ministère de la santé), de la vente des médicaments et du paiement direct des actes par les patients. Les ressources financières allouées aux districts sanitaires par le ministère de la santé sont passées de 22,8% en 1996 à 34% des sources de financement en 1997.

Par ailleurs, les collectivités locales sont faiblement représentées dans la prise en charge des dépenses de santé de leurs populations. Ce constat intervient dans un contexte de décentralisation de la santé où ce sont les collectivités locales qui devraient être plus représentées dans le dispositif de financement des établissements sanitaires de premier niveau. En effet, quelque soit la structure étudiée, le financement des collectivités locales est en moyenne de 3%. Notre *hypothèse 1.2* qui stipule que la collectivité locale est la principale source de financement des structures publiques périphériques n'est donc pas vérifiée. S'il est vrai que certaines collectivités locales telles que Richard Toll semblent s'en sortir, ce n'est pas le cas de Vélingara. En effet, Richard Toll constitue une zone à fort potentiel économique du Sénégal en raison de l'implantation de la CSS et d'autres unités industrielles dans cette commune. En revanche, la commune de Vélingara située dans une des régions les plus pauvres du Sénégal ne dispose pas de ressources suffisantes pour financer ses besoins en santé. Nos résultats ne sont pas identiques à des travaux réalisés aux PHILIPPINES [4], qui révèlent qu'il ya un vaste programme de décentralisation de la santé qui dévolue des fonctions importantes aux collectivités locales. Ainsi les dépenses de santé des collectivités locales dans les districts sont-elles passées de 10,7% en 1992 à 51,9% en 1995.

Aussi, nos données reflètent-elles les réalités du Sénégal. En effet, une étude réalisée par DOUCOURE Amadou [14], sur l'Analyse des dépenses de santé des districts sanitaires de GUINGUINEO, DAROU MOUSTY, KAOLACK a montré que les collectivités locales de ces dites structures n'ont financé les soins de santé qu'aux taux respectifs de 3%, 7% et 16%. Cette même étude montre que les partenaires extérieurs sont les principales sources de financement des centres et postes de santé. Alors que nos travaux montrent que les partenaires extérieurs interviennent en proportion de 18% au financement total des formations sanitaires publiques. Les bailleurs tels qu'ADESC, MEDICOS DEL MONDO et World Vision, constituent la principale source de financement du Poste de Santé de Saré Coly Salé et financent le centre de santé de Vélingara dans une proportion très proche de celle de l'Etat. Ces bailleurs ont par conséquent une préférence pour les zones défavorisées du Sénégal. Notre *hypothèse 1.3* qui stipule que Les partenaires ont une préférence pour les zones défavorisées est donc vérifiée.

III. LE FINANCEMENT PAR LA VENTE DE MEDICAMENTS

Rappelons que, l'arrêté interministériel n°188/MSHP/DPM en date du 15 janvier 2003 stipule que les dépôts communautaires doivent appliquer un taux de marque de 23,33 % sur le prix de vente au public. Rappelons que le coefficient multiplicateur correspondant au taux de marque de 23,33 % est de 1,3 sur le prix d'achat au district. Ce coefficient de 1,3 est familièrement appelé 30 % de marge par les infirmiers chefs de poste [30].

Les prix de cession de médicaments pratiqués dans les dépôts communautaires des structures de santé sont toujours supérieurs aux prix officiels en vigueur. *Notre hypothèse 2.1* selon laquelle, les marges officielles en vigueur pratiquées sur les médicaments sont respectées, n'est donc pas vérifiée.

Le prix théorique de référence moyen était de 129,09F CFA pourtant l'on constate que le coefficient multiplicateur moyen est de 1,63 avec un prix moyen de cession approchant 255F CFA. Nos résultats sont identiques à ceux de la CAFSP du ministère de la santé du Sénégal [30] qui au cours d'une mission de contrôle des marges appliquées sur le médicament, a constaté que le prix moyen de cession au niveau des dépôts communautaires des centres et postes de santé est de 257F CFA avec un coefficient multiplicateur moyen de 1,65. Il est constaté également que le prix moyen de cession des médicaments des formations sanitaires des zones économiquement favorisées est plus élevé que celui des formations sanitaires des régions économiquement défavorisées. *Notre hypothèse 2.2* stipulant que les zones économiquement favorisées pratiquent des marges plus importantes que celles des zones économiquement défavorisées est donc confirmée. Cette pratique pourrait poser un problème d'accessibilité aux soins dans les centres de santé des régions du nord du pays. La pression des comités de santé sur les médicaments est très forte puisque cette catégorie de recettes reste constamment la plus importante en dehors du Centre de santé de Richard Toll. Ces formations sanitaires auraient donc beaucoup de difficultés pour survivre sans la vente de médicaments. En effet, la vente des médicaments et le tarif des actes sont les seuls moyens pour les Comités de Santé d'obtention de ressources propres afin de financer leurs charges.

En moyenne, l'ensemble des formations sanitaires étudiées ont une forte dépendance vis des médicaments (76% des ressources propres contre 24% pour les actes). Le centre de santé de Richard Toll et le Poste de Santé de Taouey sont les deux formations sanitaires qui présentent les

proportions de recettes en médicaments les plus faible, alors que ce sont ces deux établissements qui présentent les taux multiplicateurs les plus élevés. En revanche, les formations sanitaires des zones défavorisées et pratiquant des prix de cession bas, ont des recettes bien meilleures. Il semble par conséquent, exister une corrélation négative entre le coefficient multiplicateur et le niveau de recettes.

IV. L'EQUILIBRE RECETTES/DEPENSES PROPRES

Le ratio Recettes/Dépenses propres montre que le centre de santé de Richard Toll et les postes de santé de Taouey et Saré Coly Salé ne parviennent pas à couvrir leurs dépenses. Ces trois structures sanitaires ont un solde du compte résultat qui est négatif. Notre *hypothèse 3.1* qui soutient que les recettes propres d'une année sont toujours supérieures aux dépenses propres de la même année n'est donc pas confirmée. Trois explications pourraient se dégager devant ce constat. Soit, ces formations sanitaires ont utilisé les soldes positifs des années précédentes, soit les données recueillies n'ont pas été assez exhaustives pour expliquer un tel écart ou même le comité de santé a dû emprunter.

Les dépenses élevées du comité de santé de Richard Toll s'expliquent en partie par le versement d'une prime annuelle de motivation à toutes les catégories de personnel (ce que ne font pas les autres formations sanitaires), et par les niveaux élevés de salaire. A titre d'exemple, tandis qu'un Aide laborantin percevait un traitement mensuel de 87 500F CFA à Richard Toll, il ne recevait que 50 000 CFA à Vélingara. De telles pratiques pourraient menacer la santé financière de cette structure.

V. LES DEPENSES DE PERSONNEL

Avec 37% des charges, les dépenses en personnel demeurent le poste budgétaire le plus important. Notre *hypothèse 4.1*, selon laquelle, les dépenses de personnel constituent le poste budgétaire le plus important est donc vérifiée.

Nos résultats sont conformes à ceux du ministère de santé du Sénégal [23] qui révèle que 42% des dépenses de soins de santé sont consacrées au personnel. Les données du rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2000 [32] identiques à nos résultats, relèvent que les ressources humaines sont perçues comme particulièrement importantes en raison du fait que les systèmes de

santé sont des organisations à forte utilisation de main d'œuvre et que les dépenses de personnel sont généralement le poste de dépense le plus lourd parmi les catégories de charges.

En outre, avec 51% des charges en ressources humaines des établissements sanitaires étudiés, l'Etat est la principale source de financement de cette catégorie de dépenses. Notre étude montre par contre que la prise en charge du personnel n'est pas une priorité des collectivités locales qui peinent déjà à financer le médicament de leurs administrés.

Alors qu'aux PHILIPPINES [4], c'est la collectivité locale qui supporte cette charge, occupant 70% de son budget. Nos résultats révèlent que les comités de santé assurent une part importante de l'apport en ressources humaines notamment en personnels communautaires et souvent en motivation du personnel étatique, mais il s'agit d'un personnel qui est très mal payé.

Par ailleurs, le salaire moyen perçu par le personnel étatique est de loin plus important que celui des autres catégories de personnel. Le constat est le même partout, le niveau de salaire du Comité de Santé est le plus bas quelque soit la formation sanitaire étudiée. En effet, les Comités de Santé emploient un personnel le plus souvent non qualifié dit « formé sur le tas ». Dans un contexte de rareté de ressources, les Comités de Santé sont dans l'impossibilité d'appliquer des rémunérations proches de celles de l'Etat. Notre *hypothèse 4.2* qui soutient que le personnel communautaire est moins bien payé que celui de l'Etat est donc vérifiée.

Deux profils de poste de santé ont été identifiés. Les Postes de Santé où le salaire des ICP est élevé (Saré Coly Salé et Municipal Ouest), et les Postes de Santé où les niveaux de salaire sont proches de la moyenne nationale. Cette différence est due au fait que les ICP de Saré Coly Salé et Municipal Ouest ont accepté de communiquer leurs traitements mensuels, tandis l'estimation de la rémunération des autres ICP a été faite à partir des documents financiers de la DAGE.

D'autre part, l'effectif du personnel communautaire est le plus important quelque soit l'établissement sanitaire étudié. On peut penser que face à la paupérisation de la population, les responsables des Comités de Santé ainsi que ceux des collectivités locales ont tendance à satisfaire aux demandes d'emplois qui leur parviennent, respectant ainsi les promesses électorales. En revanche, le nombre de fonctionnaires dans les Centres de Santé bien que plus bas, est presque le même d'un Centre de Santé à l'autre et d'un poste de santé à l'autre. L'Etat a tendance à être équitable dans ses affectations, même si le personnel soignant a une préférence pour la capitale et les localités les plus proches.

VI. LES DETERMINANTS DE LA PRODUCTION

L'analyse des déterminants de la production par le biais des modèles économétriques, montre que les prix de cession des médicaments dans les dépôts communautaires et les charges de personnel ont un impact sur le niveau de production.

Ainsi, la production et le prix de cession sont corrélés négativement. Notre *hypothèse 5.1* selon laquelle, le niveau de la production est négativement corrélé au prix de cession est donc vérifiée.

De plus, toute augmentation du coefficient multiplicateur, contribue à faire baisser la production. Il se pose par conséquent un véritable problème d'accessibilité financière aux soins dans les structures ayant des prix de vente très élevés. Cette pratique des marges élevées a entraîné une baisse de la productivité au centre de santé de Richard Toll et au poste de santé de Taouey. Cela montre que l'accessibilité aux soins est une nécessité pour la santé financière de la Formation Sanitaire. Or la santé financière des formations sanitaires dépend de l'accessibilité financière.

Les dépenses en personnel évoluent quant à elles dans le même sens que la production. Il existe ainsi une corrélation positive entre la production et les dépenses en personnel. Cependant la productivité reste faible. Cette productivité pourrait être augmentée par un contrat de performance qui n'existe pas dans les formations sanitaires publiques entre le ministère de santé et les fonctionnaires d'une part et entre le comité de santé et le personnel communautaire d'autre part. L'OMS [1, 32] affirmait que, quel que soit le niveau des intrants, il existait une manière efficiente de les combiner afin d'obtenir l'équilibre le plus rentable des différents types de ressources productives (efficience productive).

Il existe aussi une relation entre la production et le niveau des recettes et des dépenses. Notre *hypothèse 5.2* qui soutient que la production et les dépenses sont corrélées positivement est donc vérifiée. En effet, le modèle économétrique révèle que plus la production augmente, plus les dépenses totales augmentent, ce qui pourrait entraîner un besoin de financement pour les formations sanitaires ayant un bon niveau de productivité telle que Rosso.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis de mettre en évidence le rôle prépondérant de la population dans le financement des structures de soins opérationnelles, dans un contexte de décentralisation. Nous avons remarqué que le personnel occupe dans tous les cas le poste budgétaire le plus important. Par ailleurs, les structures de soins sont fortement dépendantes de la vente des médicaments. Il est important de souligner que le centre de santé de Richard Toll et les postes de santé de Saré Coly Salé ont un solde négatif au niveau du compte résultat. Les marges pratiquées sur les médicaments sont constamment plus importantes que celles préconisées par le ministère de santé. Une corrélation négative entre le prix de cession des médicaments et la production de soins de santé a donc été mise en évidence. Les hypothèses telles que « *La structure de financement des Centres de santé est différente de celle des Postes de Santé, Les partenaires ont une préférence pour les zones défavorisées, Les zones économiquement favorisées pratiquent des marges plus importantes que celles des zones économiquement défavorisées, Les dépenses de personnel constituent le poste budgétaire le plus important, Le personnel communautaire est moins bien payé que celui de l'Etat, Le niveau de la production est négativement corrélé au prix de cession* », émises en début de l'étude ont été confirmées. En revanche, les hypothèses suivantes : « *La collectivité locale est la principale source de financement des structures publiques périphériques, Les marges officielles en vigueur pratiquées sur les médicaments sont respectées, Les recettes propres d'une année sont toujours supérieures aux dépenses propres de la même année* », étaient infirmées.

Il ressort de l'étude que les formations sanitaires possèdent un certain nombre de points forts et de points faibles.

Points Forts

- ✓ Les formations sanitaires publiques reçoivent un financement de l'Etat.
- ✓ L'Etat est la principale source de financement des Centres de Santé.
- ✓ Globalement, les structures sanitaires reçoivent des médicaments financés à partir du fonds de dotation décentralisé.
- ✓ Bien que la majorité des médecins chef de district et ICP affirment que la rubrique médicament du FDD est insuffisante, nous avons remarqué que la trésorerie des dépôts communautaires est suffisante pour le renouvellement du stock ;

- ✓ Les partenaires au développement ont une préférence pour le financement des formations sanitaires situées dans les zones défavorisées.
- ✓ La prise en charge du personnel incombe principalement à l'Etat.
- ✓ Les Formations sanitaires des régions les plus pauvres pratiquent des prix de cession des médicaments les plus bas.

Points faibles

- ✓ Le financement des collectivités locales est faible voir inexistant dans le cadre de la décentralisation de la santé
- ✓ Le comité de santé est la principale source de financement de l'ensemble des formations sanitaires
- ✓ Le comité de santé est la principale source de financement du médicament
- ✓ L'augmentation du prix de cession des médicaments est responsable de la baisse d'utilisation des services de soins de santé.
- ✓ Le non respect de la note ministérielle par rapport à la marge bénéficiaire instruite ;
- ✓ Il existe une forte dépendance des Comités de Santé par rapport aux médicaments
- ✓ Les Etablissements sanitaires des régions favorisées pratiquent des prix de cession des médicaments très élevés.
- ✓ Le personnel communautaire est pléthorique dans les Centres de Santé
- ✓ La réception tardive des fonds de dotation à la décentralisation ;
- ✓ L'absence constatée pour la majorité des districts, de critères de répartition de la ligne du FDD aux formations sanitaires de leur zone de responsabilité ;
- ✓ L'absence de valorisation systématique des pertes, des péremptions et des médicaments cédés gratuitement ;
- ✓ L'absence de valorisation systématique des dons de médicaments reçus ;
- ✓ Les salaires du personnel communautaire sont très mal payés.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous pouvons faire quelques recommandations :

A l'endroit du Ministère de la Santé

- ✓ Renforcer le système d'information sanitaire et de gestion pour une meilleure disponibilité des données.
- ✓ Veiller au respect de l'arrêté interministériel n°188/MSHP/DPM en date du 15 janvier 2003 fixant les prix de cession des médicaments au niveau des dépôts communautaires.
- ✓ Soutenir les réformes techniques du système de financement par la mise en place de mesures et stratégies d'ordre organisationnel ou institutionnel.
- ✓ Simplifier les procédures administratives pour le déblocage rapide des fonds venant de l'Etat.
- ✓ Mettre en place des mesures de lutte contre les ruptures de médicaments à la PNA et la PRA
- ✓ Instaurer un système de contrat de performance au niveau des Centres de santé pour une meilleure productivité de ces structures.
- ✓ Renforcer l'effectif du personnel qualifié et les subventions pour le fonctionnement des activités dans le cadre de la décentralisation en améliorant le délai de disponibilité de ces fonds.
- ✓ Rémunérer les fonctions des responsables des Comités de Santé.
- ✓ Définir clairement des critères de répartition des fonds de dotation et promouvoir l'équité dans le financement des soins de santé notamment entre zones favorisées et zones défavorisées.
- ✓ Octroyer plus de subventions aux formations sanitaires les plus productives

A l'endroit des collectivités locales

- ✓ Impliquer les responsables des collectivités locales dans la gestion courante des Centres de Santé par la mise en place effective des comités de gestion
- ✓ Accroître le financement sur fonds propres des collectivités locales aux structures sanitaires de leur localité pour éviter leur grande dépendance vis-à-vis de l'extérieur qui fragiliserait leur viabilité financière.

- ✓ Mettre en place un système de comptabilité d'entreprise afin de suivre les flux financiers en faveur de la santé.

A l'endroit des comités de santé

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

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

1. ADAMS O., SHENGELIA B., ISSAKOV A., DAL Poz M., STILWELL B, **Human, physical and intellectual resource generation – proposals for monitoring.** [Production de ressources humaines, physiques et intellectuelles – propositions de mesure.]
2. AFOGBE, K., **Rapport de l'étude sur l'utilisation des médicaments essentiels génériques (MEG)**, Ouagadougou, Ministère de la santé, 1997
3. Annie FENINA, Yves GEFFROY, **Comptes nationaux de la santé 2005**, ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale ministère de la santé et des solidarités, France, Juillet 2006
4. BARTHILLY Jean, CLUADE Tichit Ariane, **Bilateral donors and Allocation decision. Dimensional panel, memo**, Décembre 2002.
5. BOSSERT J. Thomas, BEAUVAIS Joël, **Décentralisation of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines : a comparative analysis of decision space, health policy and planning**, Avril 2002.
6. BOSSERT J. Thomas: **Decentralization of health systems in latin America: A comparative study of chile, Colombia and Bolivia**, June 2000.
7. CARCIOFI, RICARDO, OSCAR Cetrangolo, **Défis de la décentralisation: éducation et santé en Argentine et au Chili: Santiago: Nations Unies/Commission économique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes, Revue internationale de santé**, Octobre 2000,
8. CENTRE DE SANTE DE RICHARD TOLL, **Présentation du district de Richard Toll**, 1996
9. CENTRE DE SANTE DE VELNGARA, **Rapport trimestriel de monitoring**, 3^{ème} Trimestre 2005
10. CHABOT, J. **The Bamako Initiative - Letter. Lancet, december 10.**, 1988.
11. CHABOT, J., CONOMBO, S. C., Meuwissen, L., & Yonli, L. **Rapport de l'évaluation finale du programme d'appui aux soins de santé primaires dans la région de Kaya (PASSPK)**, Ouagadougou, 1999

12. Diallo, I., Mc Keown, S., & Wone, I., **L'Initiative de Bamako dope les soins primaires**, Forum mondial de la santé 17, 417-420, 1996
13. DIARRA Samba, **Financement de la santé par les ménages ordinaires et retard de consultation : cas de la pédiatrie de l'hôpital GABRIEL TOURE BAMAKO**, Mémoire de fin de cycle, CESAG, 2005
14. DOUCOURE Amadou, **Analyse des dépenses de santé des districts sanitaires du Sénégal de 1999 à 2002 : cas des districts sanitaires de KAOLACK, GUNGUINEO ET DE DAROU MOUSTY**. Mémoire de fin de cycle, CESAG, 2004
15. El Hadji GUEYE, **Econométrie**, CESAG 2006-2007
16. FABRICANT, S., KAMARA, C., & MILLS, A., **Why the poor pay more : household curative expenditures in rural Sierra Leone**. *International Journal of Health Planning and Management*, 14(3), 179-199., 1999.
17. HICUBURUNDI Sosthène : **Essai de définition des critères d'allocation du Fonds de dotation destiné à la santé dans le cadre de la décentralisation au Sénégal**. Mémoire de fin de cycle, CESAG, 2003
18. KEROUEDAN, D., **Mise en place de la tarification des médicaments essentiels dans les centres de santé de base des 21 services de santé de districts de la province de Tuléar à Madagascar sur la période 1997-2000**, CLERMONT-FERRAND, France, 2000.
19. LAFARGE Herve, **Analyse du dispositif de financement de la santé**, 2006-2007 CESAG.
20. LO, Abdul Aziz, **Décentralisation de la santé et accessibilité aux soins : le cas de la ville de PIKINE**, Mémoire fin de cycle, CESAG 20006
21. MBANEFOH GF, **Financing/Ressource utilization in comprehensive review of the Zambia health reforms**. Volume 2, prepared by a joint working group from WHO, UNICEF, the World Bank and the Zambian ministry of health, May 1997.
22. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE DU SENEGAL, **Annuaire statistique** 2005

23. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE DU SENEGAL, **Enquête Démographique et de Santé I**, 1986
24. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE DU SENEGAL, **Enquête Démographique et de Santé II**, 1992
25. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE DU SENEGAL, **Enquête Démographique et de Santé III**, 1997
26. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE DU SENEGAL, **Enquête Démographique et de Santé IV**, 2005
27. MINISTRY OF HEALTH, **Accra-Ghana Health Policy and Planning**, Health sector five programme of work 1997-2001, Republic of Ghana, Septembre 2002
28. MSPM, **Rapport de présentation du décret fixant les obligations particulières auxquelles sont soumises les associations de participation à l'effort de santé publique dénommées "comité de santé"**, 17 janvier 1992
29. MSPM/CAFSP, **Résultats d'une mission de contrôle du respect des marges bénéficiaires dans les régions de Dakar – Diourbel – Tambacounda**, 2006
30. OMS, **MACROECONOMIE ET SANTE, Investir dans la santé pour le développement économique**, 2002.
31. OMS, **Rapport du Département pour le développement international, Centre de ressources pour la réforme du secteur de santé, Rapport sur la santé dans le monde 2000**, 10 juillet 2000
32. OMS, **World health statistics 2006**
33. RIDDE Valéry, **L'initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé**, Octobre 2004
34. SALL Boubacar, **Analyse des déterminants des variations du niveau de recettes propres des districts de santé au Sénégal**, Mémoire fin de cycle, CESAG2005
35. UNION AFRICAINE, **SOMMET EXTRAORDINAIRE SUR LE VIH/SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME, 'Une Afrique Unie pour l'Accès universel aux services de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme d'ici à 2010**, 2- 4 MAI 2006 ABUJA (NIGERIA)