



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

**INSTITUT SUPERIEUR  
DE MANAGEMENT DE LA SANTE**

**PROGRAMME DE DESS EN ECONOMIE DE LA SANTE  
9ème PROMOTION : 2006/2007**

\*\*\*\*\*

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

\*\*\*\*\*

**THEME : CONTRIBUTION A L'ELABORATION DES  
COMPTES DE LA SANTE D'UNE STRUCTURE  
HOSPITALIERE : CAS DE L'HOPITAL REGIONAL DE SAINT  
LOUIS.**

**Présenté par : Dr Boubacar Konia DIALLO**

**Sous la direction de :**

**Dr. EL HADJI GUEYE - Professeur au CESAG**

**M0131DSES08**

**2**



## ACRONYMES

**AED** : Action Enfance Développement

**AF** : Agents de financement.

**ARV** : Anti-rétroviraux.

**BS** : Banque Sanguine

**BCI** : Budget Consolidé d'Investissement.

**CAS** : Cellule d'Appui et de Suivi.

**CESAG** : Centre Africain D'Etudes Supérieures en Administration et Gestion.

**CME** : Commission médicale d'établissement.

**CMT** : Consommation médicale totale.

**CNLS** : Comté National de Lutte contre le SIDA.

**CNS** : Comptes nationaux de la santé.

**CSBM** : Consommation de soins et biens médicaux.

**CSS** : Caisse de Sécurité Sociale.

**DCS** : Dépense courante de santé.

**DERF** : Direction des Etudes, Recherche et Formation.

**DMS** : Durée Moyenne de Séjour

**DPS** : Direction de la Prévision et de la Statistique.

**DTSI** : Dépense totale de soins individuels.

**PEH** :Projet d'Etablissement Hospitalier

**ECG** : Electrocardiogramme

**EPS** : Etablissement Public de Santé.

**FDD** : Fonds De Dotations.

**FP** : Fonction Publique.

**HRSL** : Hôpital Régional de Saint Louis.

**IB** : Initiative de Bamako.

**IBNL** : Institution à but non lucratif.

**IO** : Infections opportunistes.

**IPRES** : Institution de Prévoyance Sociale.

**IRD** : Institut de Recherche et de Développement.

**IRL** : Indice de Rotation des Lits

**ISAARV** : Initiative Sénégalaise d'Accès aux Anti-Rétroviraux.

**IST/SIDA** : Infections sexuellement transmissibles/Syndrome immunodéficientaire aigu.

**MSPM** : Ministère de Santé et de la Prévention Médicale.

**MST/VIH/SIDA** : Maladies sexuellement transmissibles/Virus Syndrome immunodéficientaire aigu.

**OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale.

**ONU** : Organisation des Nations Unies.

**OUA** : Organisation de l'Unité Africaine

**PEH** : Projet d'Etablissement Hospitalier

**PDIS** : Programme de Développement Intégré de la Santé.

**PEV** : Programme Elargi de Vaccination.

**PMI** : Protection maternelle et infantile.

**PNB** : Produit National Brut.

**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire.

**PNLP** : Programme National de Lutte contre le Paludisme.

**PNT** : Programme National de lutte contre la Tuberculose.

**PO** : Plan Opérationnel.

**PS** : Prestataires de services.

**PRA** : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

**PTME** : Programme national de Transmission Mère et Enfant.

**RDM** : Reste du monde.

**RMSL** : Région Médicale de Saint Louis

**SCS** : Système de Comptes de la Santé.

**SF** : Sources de financement.

**TBC** : Tuberculose.

**TOM** : Taux d'Occupation des Lits

**UNICEF** : Agence des Nations Unies pour l'Enfance

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

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## DEDICACE

Je dédie ce travail à :

Mon regretté père qui, le 15 Octobre 1960, me demanda de répondre présent à l'école ;

Ma mère décédée le 2 Décembre 1968 pour son affection et son attention infinies;

Ma fidèle compagne et nos 5 enfants pour leur amour familial.

## **REMERCIEMENTS**

Je rend hommage à **Dieu le Tout Puissant** pour m'avoir permis de réaliser ce travail..

Je suis reconnaissant de Son Excellence Madame la Ministre de la santé Publique, Dr Madame **SANGARE Maimouna BAH** et du Secrétaire Général de ce département, **Docteur Momo CAMARA**, de l'opportunité qu'ils m'ont donnée pour cette formation que je souhaitais vivement.

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

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

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

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

**Dr Sékou CONDE** Directeur National des Etablissements Hospitaliers et de Soins qui n'a rien ménagé en appui pour l'obtention de cette bourse.

**Dr Sidiki KEITA**, Coordinateur du Projet Santé 3 pour l'appui inestimable qu'il m'a apporté ;

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

J'adresse les mêmes remerciements à **Dr El Hadji GUEYE**, Professeur au CESAG.

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

A mes cohabitants guinéens dont j'ai partagé domicile, repas, joie et tristesse dans le quartier Médina, il s'agit de **Dr Mamady KOUROUMA et Dr Fanta KABA**.

Je remercie le **Directeur de l'Hôpital, Colonel Babacar NGOM** et tout le personnel médical, paramédical et administratif de l'Hôpital de Saint Louis pour leur collaboration, leur disponibilité et leur aide combien précieuse dont j'ai bénéficié pendant mon séjour dans cette belle ville avec son célèbre pont : le Pont Faidherbe.

Je ne saurai terminer sans exprimer mon amitié à tous les collègues de ma promotion avec lesquels j'ai partagés des moments inoubliables de sympathie et de fraternité..

A vous tous je déclare être en vous, avec vous jusqu'au bout.

# SOMMAIRE

ACRONYMES .....	II
DEDICACE .....	V
REMERCIEMENTS .....	6
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES .....	3
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION .....	4
1.1 – LE PROCESSUS D’ELABORATION .....	5
1.2 – CONTEXTE .....	6
1.3 – OBJECTIFS .....	7
CHAPITRE 2 – REVUE DE LA LITTERATURE ET CHAMP DE LA RECHERCHE .....	8
2.1 – LES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE .....	8
2.2 – LES DIMENSIONS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE .....	12
2.2.1 – <i>Qui finance le système de santé ?</i> .....	12
2.2.2 – <i>Qui paye pour les soins les soins de santé et combien est dépense ?</i> .....	12
2.2.3 – <i>Qui fournit les biens et services et avec quelles ressources ?</i> .....	13
2.2.4 – <i>Comment les fonds destinés aux soins et biens de santé sont-ils répartis entre les différentes interventions et activités médicales ?</i> .....	13
2.2.5 – <i>Qui bénéficie des dépenses de santé ?</i> .....	13
2.3 – LES DEPENSES DE SANTE .....	13
2.3.1 – <i>La consommation médicale totale ou dépense totale en soins de santé individuels</i> .....	14
2.3.2 – <i>La dépense courante de santé</i> .....	15
2.3.3 – <i>La dépense nationale de santé</i> .....	17
2.4 – EVALUATION DES DEPENSES DE SANTE .....	17
2.4.1 – <i>Evaluation de la production des soins médicaux dans le secteur public</i> .....	17
2.4.2 – <i>Evaluation des biens médicaux</i> .....	17
2.4.3 – <i>Evaluation de la dépense de prévention</i> .....	18
2.4.4 – <i>Evaluation de la dépense courante de santé</i> .....	18
2.4.5 – <i>Evaluation des dépenses de recherche, de formation et en capital</i> .....	18
2.5 – PROPOSITION DE CLASSIFICATION DES ACTEURS ET DES ACTIVITES .....	18
2.5.1 – <i>Classification des prestataires de santé</i> .....	19
2.5.2 – <i>Classification des fonctions de santé</i> .....	19
2.5.3 – <i>Classification des agents de financement</i> .....	19
2.5.4 – <i>Classification des sources de financement</i> .....	20
CHAPITRE 3 : CONTEXTE DE L’ETUDE .....	21
3.1 PRESENTATION GEOGRAPHIQUE DU SENEGAL .....	21
3.2 – ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU SENEGAL .....	21
3.3 – SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE .....	22
3.3.1 – <i>Indicateurs généraux</i> .....	22
3.3.2 – <i>Religions</i> .....	22
3.3.3 – <i>Éducation</i> .....	23
3.3.4 – <i>Economie</i> .....	23
3.4 POLITIQUE DE SANTE .....	24
3.5 – LE SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL .....	26
3.5.1. <i>Les programmes nationaux de santé et les autres structures</i> .....	27
3.5.2. <i>Organisation du système de santé</i> .....	27
3.5.3. <i>Les ressources du système</i> .....	28
3.5.3.1. <i>Le personnel</i> .....	28

3.5.3.2. Les infrastructures .....	28
3.6 – FINANCEMENT DE LA SANTE .....	29
<b>CHAPITRE 4 : PRESENTATION DE L'HOPITAL REGIONAL DE SAINT LOUIS.....</b>	<b>31</b>
4.1 – PRESENTATION DE LA REGION DE SAINT LOUIS .....	31
4.1.1. Situation Générale .....	31
4.1.2. Les enfants en situation particulièrement difficile .....	34
4.1.3. Les personnes âgées.....	35
4.1.4. Les personnes handicapées.....	35
4.2– PRESENTATION DE LA VILLE DE SAINT LOUIS.....	36
4.2.1. Historique de la ville.....	36
4.2.2. Géographie .....	37
4.3 - PRESENTATION GENERALE DE L'HOPITAL REGIONAL DE SAINT LOUIS .....	40
4.3.1. Organisation.....	41
4.3.2. Ressources matérielles.....	42
4.3.3. Ressources humaines .....	43
4.3.4. Prestations de l'HRSL .....	44
4.4- FINANCEMENT DE LA SANTE A L'HRSL .....	45
<b>CHAPITRE 5 : COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNEES.....</b>	<b>46</b>
5.1 – CHOIX DE LA PERIODE .....	46
5.2– PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES .....	48
5.3 – LES PROGRAMMES VERTICAUX .....	53
5.4-IDENTIFICATION DES DOMAINES D'ACTIVITES DE L'HOPITAL.....	55
5.5- EVALUATION DES DEPENSES DE SANTE DE L'HOPITAL EN 2005 ET EN 2006 .....	55
5.6– ANALYSE ET LIMITES DES DONNEES.....	56
<b>CHAPITRE 6 : PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS.....</b>	<b>57</b>
6.1 – LES SOURCES DE FINANCEMENT .....	57
6.2 – IDENTIFICATION DES AGENTS DE FINANCEMENT .....	59
6.3 – LES PRESTATAIRES DE SERVICES.....	61
6.4 – LES FONCTIONS .....	64
<b>CHAPITRE 7 : LES AGREGATS DES COMPTES DE SANTE DE L'EPS DE SAINT LOUIS 65</b>	
7.1 – LA DEPENSE COURANTE DE SANTE EN 2005 ET 2006.....	65
7.2 – LA CONSOMMATION MEDICALE TOTALE EN 2005 ET 2006 .....	65
7.3 – ANALYSE DES RESULTATS.....	67
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>68</b>
I – CONCLUSION.....	68
II – RECOMMANDATIONS .....	69
<b>ANNEXES.....</b>	<b>72</b>
ANNEXE 1- CLASSIFICATION DES PRESTATAIRES.....	72
ANNEXE 2 - CLASSIFICATION DES FONCTIONS DE SANTE .....	73
ANNEXE 3 - CLASSIFICATION DES AGENTS DE FINANCEMENT. ....	74
ANNEXE 4- CLASSIFICATION DES SOURCES DE FINANCEMENT. ....	74
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>86</b>



## LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

N°Tableau/ Graphique	Contenu	Page
Tableau 1	Infrastructures et équipement de Région Médicale de Saint Louis (RMSL)	31
Tableau 2	Situation du personnel de la RMSL	33
Tableau 3	Présentation de l'organigramme de l'HRSL.	39
Tableau 3 bis	Répartition des lits entre les services	42
Tableau 4	Effectif du personnel et répartition par catégorie	43
Tableau 5	Evolution des produits et des charges de 2002 à 2006	45
Tableau 6	Taux de réalisation du Projet d'Etablissement Hospitalier	47
Tableau 7	Taux de réalisation du financement du PEH	47
Tableau 8	Rapport d'activités 2005.	49
Tableau 9	Rapport d'activités 2006.	50
Tableau 10	Statistiques des hospitalisations pour 2005 et 2006	51
Tableau 11	Statistiques des journées d'hospitalisations pour 2005 et 2006.	51
Tableau 12	Statistiques des consultations externes pour 2005 et 2006	51
Tableau 13	Activités du bloc opératoires pour 2005 et 2006	52
Tableau 14	Statistiques des examens de laboratoire pour 2005 et 2006	52
Tableau 15	Activités ambulatoires et hospitalières 2005-2006	55
Tableau 16	Dépenses de santé en 2005 et 2006	55
Tableau 17	Situation des sources de financement de l'HRSL en 2005 et 2006.	59
Tableau 18	Situation des agents de financement en 2005 et 2006.	60
Tableau 19	Situation des prestataires en 2005 et 2006.	62
Tableau 20	Dépense courante de santé en 2005 et 2006.	65
Tableau 21	Consommation médicale totale en 2005 et 2005.	66
Graphique 1	Sources de financement	58
Graphique 2	Sources de financement selon leur origine en 2005	58
Graphique 3	Sources de financement selon leur origine en 2006	59
Graphique 4	Les agents de financement en 2005	61
Graphique 5	Les prestataires en 2005	62
Graphique 6	Les prestataires en 2006	63
Graphique 7	Situation des fonctions en 2005	64
Graphique 8	Situation des fonctions en 2006	64
Graphique 9	Pourcentage de la Consommation médicale Totale en 2005 et 2006	66

## CHAPITRE 1 : Introduction

C'est dans les années 70 que la notion des Comptes Nationaux de Santé (CNS) est apparue. Son rôle est de rassembler des informations qui sont dispersées dans le cadre central. Il s'agit en effet d'un moyen conçu pour structurer progressivement l'ensemble des informations quantitatives à un domaine particulier pour donner un système cohérent de connaissances et d'analyse économiques et sociales.

Ces CNS qui donnent une visibilité large, cohérente et compréhensible du secteur de la santé, ne sont malheureusement pas encore élaborés dans de nombreux pays africains où les systèmes de santé, ont du mal à augmenter leur capacité d'amélioration de l'état de santé de leurs populations. Les données sur le financement du secteur qui sont cruciales pour ce processus, ne sont souvent pas disponibles (Syllabus des CNS Année 2006-2007, CESAG).

Dans tous nos pays il existe des systèmes d'informations sanitaires (SNIS) qui fournissent des données partielles voir fragmentées et peu fiables. Ces informations servent essentiellement à la planification, au suivi et à l'évaluation des activités du secteur. Les informations fournies par ce service grâce aux outils qui ont été élaborés et adoptés, ont des limites, car elles ne permettent pas l'intégration des activités de tous les intervenants dans le domaine de manière à obtenir des données portant sur le niveau des interventions, la provenance des fonds utilisés par le système et les bénéficiaires dans l'utilisation des ressources. Ce système d'information ne fournit non plus des indicateurs précis pouvant aider les décideurs de faire des choix judicieux entre les différents objectifs de santé, ne permet pas d'évaluer l'ensemble des méthodes alternatives de financement, l'allocation efficace et efficiente des ressources à des activités pertinentes ainsi qu'à déterminer les activités pour lesquelles les ressources ont été consommées.

C'est pourquoi des difficultés subsistent pour savoir comment élaborer des politiques mieux adaptées pour utiliser rationnellement et efficacement les moyens rares disponibles. Pour pallier à ces difficultés et pour répondre aux besoins et aux enseignements de plus en plus nombreux dans ce domaine sanitaire, il est souhaitable qu'il existe un outil performant que sont les Comptes Nationaux de Santé (CNS) qui retracent les flux financiers selon leur origine, leur distribution entre les secteurs et les prestataires, permettant de répondre à ses préoccupations.

C'est ce qui justifie l'aide de certains partenaires (OMS, USAID) aux pays en développement pour l'élaboration de leurs CNS.

Le secteur de la santé occupe une part importante dans la totalité des dépenses publiques des Pays en Voie de Développement (PVD) et on constate que :

- Les dépenses de santé sont de plus en plus importantes dans les pays en développement;
- Les ressources des États sont faibles (rares);
- Les urgences sont multiples (sous développement);
- La problématique du choix des investissements productifs est souvent difficile;

Ce qui a poussé les États, après les indépendances, au moment où on parlait d'États providences au temps où ils prenaient tout en charge : les infrastructures, les équipements, la formation du personnel, sa rémunération ainsi que le financement du fonctionnement de tout le secteur, à opérer des changements dans leur politique de santé. Rapidement les États se sont rendu compte de leur incapacité de faire face à toutes les charges vue l'augmentation des besoins, des coûts et surtout de la rareté des ressources.

Et comme le droit à la santé est inscrit dans toutes les constitutions et lois fondamentales de nos pays ainsi qu'à la charte de l'OUA et des Nations Unies, donc tous nos Etats sont dans l'obligation de veiller à la santé physique et mentale de leurs citoyens. Nos pays ont engagé des reformes dont entre autres :

1. La politique de soins de santé primaires
2. L'Initiative de Bamako
3. Le développement de la Médecine traditionnelle
4. La réforme hospitalière

Toutes ces reformes ont donné souvent des résultats mitigés mais l'essentiel des problèmes demeure car les Etats font face à des perturbations survenues dans les systèmes économiques et sociaux qui ont des origines internes et externes.

Les causes internes regroupent :

- La mauvaise répartition, utilisation et gestion des ressources disponibles
- La faible capacité de mobilisation des ressources surtout dans le secteur informel de nos pays

Les causes externes se nomment :

- Crises économiques
  - Hausse quasi permanente des prix des produits pétroliers
  - Détériorations des termes de l'échange
  - Instabilité politique et guerres civiles dans certains pays
  - La mauvaise gouvernance dans le secteur santé
  - Le poids de l'endettement des pays pauvres.
- Tout ce qui précède nous motive pour l'élaboration des comptes de santé de l'Hôpital régional de Saint Louis.

## **1.1– Le processus d'élaboration**

Il reposera sur les étapes suivantes :

- Une revue de la littérature pour mieux cerner le sujet par la connaissance et l'expérience des devanciers en matière d'élaboration des CNS ;
- Une identification des données à collecter, leurs sources, la conception des outils de collecte (questionnaires) et leur administration ;
- Une analyse et un traitement des données par le logiciel Excel ;
- Une élaboration des comptes de santé de l'hôpital suivie de la présentation et de la discussion des résultats ;
- Les recommandations et la conclusion
- Et en fin la bibliographie

Pour l'élaboration des comptes de santé de l'Hôpital Régional de Saint Louis nous nous sommes inspirés surtout du module et des mémoires rédigés sur les CNS du CESAG, du Guide pour l'Elaboration des CNS de l'OMS 2005, des principes fondamentaux du Système de Comptes de Santé de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE).

Cette élaboration répondra à notre apprentissage à l'application de nos connaissances reçues et fournira aussi un outil pour les décideurs, les partenaires, les prestataires et usagers évoluant dans le secteur de la santé. Cette étude reste une contribution à l'élaboration des comptes de santé sur le plan micro-économique.

## 1.2 – Contexte

La situation sanitaire des pays en voie de développement (ou les plus pauvres) est caractérisée par plusieurs facteurs qui interagissent entre eux ; faiblesse des ressources économiques des pays, démographie marquée par une natalité forte, une mortalité infantile élevée, une espérance de vie relativement faible résultant de mauvaises conditions de vie et d'un environnement peu favorable, etc.

Les pathologies dominantes ont une origine essentiellement parasitaire, infectieuse ou nutritionnelle, pourtant théoriquement évitables par les règles d'hygiène, le développement de l'habitat, l'accès à l'eau potable, une alimentation suffisante et variée ou par les vaccinations. Il aurait donc été nécessaire d'établir les liens de causalité entre ces déterminants de l'environnement et la santé humaine avant de fixer les priorités des interventions dans le domaine des soins de santé dans les pays en voie de développement en général et en Afrique en particulier.

L'Afrique en plus de ses difficultés habituelles (calamités naturelles, instabilité politique...) doit maintenant faire face au SIDA, son plus grand défi de santé publique pour les années à venir, ainsi qu'à d'autres maladies émergentes ou récurrentes, en particulier le paludisme résistant et le choléra et les maladies liées aux pollutions et à l'exclusion sociale dans les villes. Là encore, l'État aura un rôle majeur à jouer, pour organiser la lutte contre ces maladies et, en particulier, pour mettre en place des préventions efficaces dont on sait qu'elles sont techniquement possibles.

Pour pallier ces problèmes de santé, dans un contexte économique difficile, il est nécessaire de concevoir et mettre en œuvre un système de santé assurant des activités préventives et curatives techniquement et financièrement accessibles à toutes les catégories de populations, dont les plus démunies en particulier, et de leur assurer pérennité et efficacité.

Nous estimons l'outil le plus pratique et le plus complet permettant de prendre la bonne décision est celui qui présente à travers une série de tableaux standard les divers aspects des dépenses de santé d'un pays. Il s'agit des CNS qui ne déterminent pas seulement combien chacune de ces sources de financement dépense pour la santé, ils permettent aussi de faire un suivi détaillé des flux des fonds entre divers acteurs du domaine de la santé, comme la distribution de fonds du Ministère de la Santé à chaque établissement médical ou prestataires de santé du secteur public.

La présentation de la série des tableaux standards organisant les informations sur les dépenses, se fonde sur un plan international de classification. Ce plan est si simple que son interprétation est facile pour le décideur sans des connaissances approfondies en économie.

Dans cette optique, ils peuvent déceler des déséquilibres et des injustices au niveau macro ou micro dans la répartition des dépenses de santé et permettre ainsi de faire des prévisions financières sur les vrais besoins du système de santé. Ces CNS une fois élaborés, permettent de mettre en relief des dysfonctionnements au niveau des différents maillons de la pyramide sanitaire. Ces disparités peuvent concerner une structure sanitaire, un District voir toute une région. C'est pourquoi une approche micro pour une analyse plus approfondie en vue de prendre les décisions appropriées s'avère nécessaire. C'est sur cette approche micro que nous fondons notre choix sur l'élaboration des comptes de l'hôpital régional de Saint Louis. Ce choix se justifie par la place qu'occupe cet établissement dans le système de soins du Sénégal et sa contribution dans l'amélioration de l'état de santé des populations du pays et de celles de la région de Saint Louis en particulier.

L'élaboration des comptes de santé de cette structure permettra de disposer d'un instrument d'amélioration des performances des services avec une vision éclairée de prise de décision en se référant aux dimensions suivantes :

- Les sources de financement : les organisations ou les entités qui fournissent les fonds utilisés dans l'hôpital par les agents de financement ;
- Les agents de financement : les organisations ou les entités qui canalisent les fonds fournis par les sources de financement et les utilisent pour payer ou acheter les activités menées dans l'hôpital ;
- Les prestataires (ici les différents services de l'hôpital) : les entités qui reçoivent de l'argent en échange de quoi ils ont réalisé ou prévoient de réaliser un ensemble d'activités au sein de la formation hospitalière

Une fois élaboré, les comptes de santé de l'hôpital permettront de répondre à des questions précises du fonctionnement et fourniront une compilation et une estimation méthodique des dépenses. Ils permettent de faire le suivi de combien est dépensé, où, sur quoi et pour qui, comment la dépense évolue dans le temps. Ils constitueront une partie essentielle de l'évaluation du succès enregistré et l'identification des opportunités d'amélioration.

Pour comprendre le système de financement de cet Hôpital, la recherche doit nous permettre de répondre aux questions suivantes :

- Comment s'effectue et à combien s'élève la dépense consacrée à l'Hôpital ?
- Qui bénéficie de la dépense consacrée à l'Hôpital ?
- Quelles sont les prestations fournies par la Structure ?
- Qui paie ou achète les biens et services de santé ?

### 1.3 – OBJECTIFS

#### Objectif général

Elaborer les comptes de santé de l'Hôpital Régional de Saint Louis

#### Objectifs spécifiques :

1. Déterminer les **sources de financement** de l'Hôpital au niveau des organisations ou entités qui fournissent les fonds utilisés dans le système ;
2. Déterminer les **agents de financement** de l'hôpital et leurs apports
3. Identifier les types de **prestataires** de l'hôpital,
4. Identifier les **utilisateurs/bénéficiaires** de ces biens et services produits et ceux qu'ils reçoivent.
5. Calculer les **agrégats** des comptes de santé de l'Hôpital de Saint Louis ;

## Chapitre 2 – REVUE DE LA LITTÉRATURE ET CHAMP DE LA RECHERCHE

Pour mieux décrire et suivre l'évolution de leurs activités économiques, les pays développés ont profondément amélioré leur système comptable, au lendemain de la seconde guerre mondiale et sous l'influence de la théorie keynésienne. Ils ont identifié dans des comptes annexes des secteurs d'activités qui ne peuvent pas être réduits par leur apparence économique. A partir des années 1960, les systèmes de comptabilité nationale ont été perfectionnés par la construction de comptes satellites pour chacun des principaux domaines d'action de l'Etat. Ainsi, par exemple, on trouve en France des comptes satellites de la santé, de l'éducation, du logement, de la recherche, et de la protection sociale. Ces différents comptes sont connectés entre eux et construits par les ministères de tutelle respectifs (Fardeau, 1990).

Le compte satellite de la santé a pour objet d'analyser l'ensemble des biens et services produits et consommés pendant une année quelle que soit la source de financement. Il permet de déterminer non seulement la consommation médicale totale, mais également d'identifier ses différentes composantes ; d'apprécier la recherche médicale, les activités de médecine préventive, les dépenses de construction et les autres investissements. Une telle évolution n'a pas été perçue dans les pays en voie de développement où l'état de délabrement des systèmes de soins et le caractère rudimentaire et peu fiable des systèmes comptables et financiers sont reconnus de tous : Comptes Nationaux du Mali (voir Brunet-Jailly *et alii*, 1989).

Les comptes nationaux de la santé représentent un outil qui permet de retracer les flux financiers qui traversent le système de santé. Ils servent à dégager des agrégats macro-économiques des dépenses de santé. Cette recherche porte sur un hôpital qui est une entité micro-économique faisant partie intégrante du système de santé du Sénégal. La revue de la littérature est une source d'inspiration qui permet d'appréhender les concepts, les méthodes, de circonscrire le champ des investigations et d'orienter les recherches à mener.

### 2.1– Les comptes nationaux de la santé

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

Dans le cadre de l'examen de dépenses du secteur de la santé, certains pays africains dont la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Niger, le Sénégal ont réalisé la revue de leurs dépenses de santé. Mais dans la plupart des ces cas, il s'est agi de l'examen des dépenses publiques du secteur. Cet exercice a permis à ces pays de déceler les difficultés du financement du secteur. Par exemple, en Côte d'Ivoire, il a été constaté que les dépenses de fonctionnement n'ont augmenté que légèrement en passant de

9,3% à 9,6% du budget général de fonctionnement de l'Etat entre 1992 et 1994. En Guinée, la revue des dépenses a révélé que les dépenses courantes ont suivi partiellement la hausse du budget de l'Etat, les dépenses salariales ont occupé une part importante des dépenses courantes (83,6% en 1991) ne laissant ainsi que le reste aux autres dépenses de fonctionnement (produits pharmaceutiques, maintenance du matériel...).

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

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

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

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

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

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

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

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

Ainsi, le gouvernement de l'Afrique du Sud post-apartheid a utilisé les résultats des CNS pour atteindre l'un des objectifs politiques les plus importants, à savoir : une distribution plus équitable des ressources de santé. La réalisation des CNS a révélé que les dépenses générales de santé moyennes de l'Etat par personne étaient 3,6 fois plus élevées dans les districts les plus riches du pays que dans les districts les plus pauvres. Ces derniers, caractérisés par un mauvais accès géographique aux agents de santé, aux hôpitaux et aux cliniques, ont tendance à être les zones où les problèmes de santé sont les plus graves. Les résultats dégagés par les CNS ont amené le gouvernement sud africain à ordonner un moratoire sur la construction d'hôpitaux privés, habituellement construits dans les quartiers les plus riches où l'accès aux soins de santé était déjà le plus facile. Le moratoire n'a été levé qu'après que les autorités ont adopté des lois et règlements exigeant une évaluation des besoins quand la construction d'un hôpital est proposé, cela afin de réaffecter les ressources de santé. Ce moratoire a illustré le désir du gouvernement de prendre un rôle actif en coordonnant et en réglementant l'emploi des ressources publiques et privées dans l'objectif d'une répartition plus équitable des ressources de santé (PHR plus, 2003).

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

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

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

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



Au Mali, l'étude effectuée en 1993 (S. COULIBALY et al. 1993) a montré que les ressources de l'Etat fournies au secteur de la santé ont essentiellement servi à financer les dépenses récurrentes alors que les ressources extérieures sont utilisées au titre des investissements.

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

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

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

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

l'efficacité des programmes de santé ciblés (PHR plus, Rapport sommaire de politique générale – L'utilisation des CNS pour informer le processus de décision politique).

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

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

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

## **2.2 - Les dimensions des comptes nationaux de la santé**

### **2.2.1 – Qui finance le système de santé ?**

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

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

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

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

### **2.2.2 – Qui paye pour les soins de santé et combien est dépense ?**

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

Les AF les agents intermédiaires entre les sources de financement et les prestataires de services ou les fournisseurs de biens médicaux. Ils reçoivent les fonds de ces derniers et se chargent de les mettre en commun et de les distribuer en achetant les

soins et les biens auprès des prestataires. Autrement dit, ils canalisent les fonds fournis par les sources de financement et les utilisent pour payer ou acheter les activités comprises dans le champ des comptes de la santé.

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

### **2.2.3 – Qui fournit les biens et services et avec quelles ressources ?**

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

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

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

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

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

### **2.2.5 – Qui bénéficie des dépenses de santé ?**

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

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

## **2.3 – Les dépenses de santé**

Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur les activités dont l'objectif principal est de restaurer, d'améliorer et d'entretenir la santé des populations et des individus pour une période prédéterminée. Cette définition s'applique quel que soit le type d'institution/entité fournissant l'activité de santé. Par exemple, avant l'utilisation des CNS, les dépenses du Ministère de l'Education pour la formation médicale et les Centres Hospitaliers universitaires étaient exclues des estimations de dépenses de santé.

Les comptes nationaux de la santé donnent l'image de la consommation et du financement des biens et services de santé. Ils classent les régimes d'assurance maladie parmi les financeurs directs des biens et services distincts du secteur des

ménages. Le coût d'un hôpital d'entreprise fait partie des dépenses de santé. Enfin, la comptabilité nationale intègre l'exportation des biens et services dans les facteurs de production alors que les comptes nationaux de la santé ne prennent en compte que la part de la consommation domestique.

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

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

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

### **2.3.1 - La consommation médicale totale ou dépense totale en soins de santé individuels**

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

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

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

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

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

La consommation des soins et biens médicaux comprend :

a) les soins hospitaliers et en sections médicalisées (soins de longue durée aux personnes âgées) sont constitués par l'ensemble des services (soins et hébergement) fournis par les hôpitaux du secteur public (y compris les établissements privés participant au service public hospitalier, les établissements militaires et pénitentiaires) et les hôpitaux du secteur privé ;

- b) les soins ambulatoires qui correspondent aux activités des médecins, des dentistes et des auxiliaires médicaux, aux actes techniques et exploratoires, aux analyses biomédicales, à l'imagerie médicale et aux cures thermales,
- c) les biens médicaux sont composés des médicaments et des autres biens médicaux que sont les prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques (VHP), lunetterie, pansements et petit matériel à condition qu'ils soient consommés en dehors de l'hospitalisation. Ces biens peuvent être acquis sur prescription ou non.
- d) les transports sanitaires,

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

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

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

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

### **2.3.2 – La dépense courante de santé**

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

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

- 1) elle couvre un champ plus large en prenant également en compte les éléments suivants : les indemnités journalières, les subventions reçues par

- le système de santé assimilées à des dépenses, les dépenses de recherche et de l'enseignement, les dépenses de gestion de l'administration sanitaire ;
- 2) la CMT la consommation des soins hospitaliers publics est évaluée par les dépenses de fonctionnement courant alors que dans la DCS les dépenses correspondent aux recettes de l'établissement. Or, la consommation de soins ne correspond pas forcément dans le temps avec l'opération de règlement.

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

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

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

**Schéma de la dépense courante de santé.**

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

Source : Eco Santé

### **2.3.3 – La dépense nationale de santé**

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

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

### **2.4 – Evaluation des dépenses de santé**

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

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

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

#### **2.4.1 – Evaluation de la production des soins médicaux dans le secteur public**

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

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

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

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

#### **2.4.2 – Evaluation des biens médicaux**

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

### **2.4.3 – Evaluation de la dépense de prévention**

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

### **2.4.4 – Evaluation de la dépense courante de santé**

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

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

### **2.4.5 – Evaluation des dépenses de recherche, de formation et en capital**

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

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

## **2.5 - Proposition de classification des acteurs et des activités**

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

Qui fournissent les fonds ?

Qui distribuent les fonds ?

Qui exécutent les activités ?

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

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

A la lecture de ces matrices, il apparaît d'une part que les systèmes de santé des pays de l'OCDE n'ont pas la même configuration que celle des pays en développement, certains éléments de ceux-là n'existant pas dans la réalité de ceux-ci. Il s'agit par



exemple des soins en sections médicalisées. Par contre, la médecine traditionnelle et quelques structures privées qui ne sont pas souvent établies dans le respect de la réglementation, occupent une part importante dans la prestation des soins de santé dans nos pays. Il s'avère intéressant dans ces conditions d'adapter la nomenclature à nos réalités.

### **2.5.1 - Classification des prestataires de santé**

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

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

La classification des prestataires sur la base de leur statut public et privé et de leur position sur la pyramide sanitaire permet de mesurer les efforts financiers consentis à chaque niveau d'une part, de faire la discrimination entre la contribution des prestataires relevant des collectivités nationales ou décentralisées et celle des structures privées, ces dernières pouvant être à but lucratif ou non. Cette classification est présentée dans l'annexe (Annexe 1 - Liste des prestataires) .

Il faut préciser que :

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

### **2.5.2 – Classification des fonctions de santé**

Les fonctions de santé représentent les activités menées par les prestataires de soins et biens médicaux et fournies aux usagers en contrepartie de paiements effectués par les agents de financement. La liste des fonctions de santé est présentée dans l'Annexe 2.

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

### **2.5.3 – Classification des agents de financement**

Cette classification peut se baser sur l'existence des secteurs public et privé. Ainsi, les agents de financement du secteur public prennent en compte ceux qui exercent leurs activités dans le cadre de l'assurance des fonctionnaires et des salariés des sociétés et

entreprises parapublics bien que ceux-ci bénéficient de l'autonomie financière et de gestion. La classification apparaît en Annexe 3 (Liste des agents de financement).

#### **2.5.4 – Classification des sources de financement**

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

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## Chapitre 3 : Contexte de l'étude

### 3.1 Présentation géographique du Sénégal

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

Il a une superficie de 196.192 km<sup>2</sup> et une population de 11 343 328 d'habitants en 2007.

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

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

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

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

### 3.2– Organisation administrative du Sénégal

Défini par un décret de 1996, le découpage administratif actuel a cependant subi quelques retouches dans l'intervalle, par exemple la création de la région de Matam en 2001 ou celle du département de Kounghoul en 2006.

En 2007, le Sénégal compte 11 régions, 35 départements, 92 arrondissements, 43 communes d'arrondissement, 67 communes et 324 communautés rurales.

Les villes principales sont :

- Dakar, 1 009 256 habitants;
- Saint-Louis, 154 496 habitants ;
- Ziguinchor, 158 370 habitants ;

- Thiès, 311 324 habitants;
- Kaolack, 185 976 habitants.

### **3.3– Situation socio-économique**

#### **3.3.1 – Indicateurs généraux**

La plupart des études démographiques réalisées au Sénégal s'appuient sur les trois recensements effectués en 1976, 1988 et surtout 2002. En 2004, la Direction de la Prévision et de la Statistique a publié en outre des « Projections de populations du Sénégal issues du recensement de 2002 » anticipant l'évolution probable de la population du pays jusqu'en 2015

Selon ces sources, la population du Sénégal – qui comptait environ 1 million d'habitants en 1900 et 2,8 millions au moment de l'indépendance en 1960 – s'élèverait aujourd'hui à 11 343 328 personnes (estimation au 31/12/2007) et pourrait atteindre 13 709 845 fin 2015.

Cette population croît donc très rapidement, avec un taux de fécondité supérieur à 4 enfants par femme.

Depuis longtemps la population était plutôt concentrée sur la façade atlantique, mais l'exode rural a accru l'inégalité de cette répartition. Désormais un Sénégalais sur quatre vit dans la presqu'île du Cap-Vert et la capitale est au bord de l'asphyxie.

Outre celle de Dakar, les régions les plus urbanisées sont Ziguinchor, Thiès et Saint-Louis. Les moins urbanisées sont celles de Kolda, Matam et Fatick. C'est dans la région de Tambacounda que l'on trouve la plus faible densité (11 habitants au km<sup>2</sup>).

#### Groupes ethniques

On observe une grande diversité ethnique : Wolofs (43,3 %), Peuls (23,8 %), Sérères (14,7 %), Diolas (3,7 %), Malinkés (3,0 %), Soninkés (1,1 %) Mandjacks (2%) et quelques autres ethnies moins nombreuses et plus localisées, sans compter les Européens et les Libanais assez présents en milieu urbain.

#### **3.3.2 – Religions**

La population sénégalaise est très majoritairement musulmane (88 à 94% selon les sources ), mais les chrétiens (surtout les catholiques) sont également présents (4 à 12%), et l'animisme est pratiqué principalement dans le sud-est du pays, mais cohabite souvent avec les autres religions.

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

### 3.3.3 – Éducation

Le Sénégal est l'un des pays du continent qui peut se targuer d'avoir un enseignement de qualité avec des équivalences de diplômes avec des universités étrangères les plus prestigieuses tant en France qu'aux États-Unis.

Ceci permet également des échanges avec des étudiants qui viennent étudier au Sénégal dans le cadre d'études spécifiques sur le pays ou des étudiants sénégalais qui partent à l'étranger afin de diversifier leurs connaissances dans le cadre de recherche.

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

### 3.3.4 – Economie

A l'origine, les colonies ne devaient que produire de la matière première et une main-d'œuvre gratuite. Il était interdit de développer une activité première (pas même fabriquer un clou). Le Sénégal possède la troisième économie de la sous-région ouest-africaine après le Nigéria et la Côte d'Ivoire. Compte tenu de sa situation géographique et de sa stabilité politique, le Sénégal fait partie des pays africains les plus industrialisés avec la présence de multinationales qui sont majoritairement d'origine française et dans une moindre mesure américaine.

#### a) Produits commerciaux

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

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

Comparé aux autres pays du continent africain, le Sénégal est très pauvre en ressources naturelles, ses principales recettes proviennent de la pêche et du tourisme :

- la pêche constitue la principale source de devises au Sénégal. Depuis la réduction de la taxe de douane, cela a dopé l'exportation au détriment de l'écosystème des fonds marins ;

- le tourisme est développé essentiellement sur le littoral avec de grands complexes hôteliers internationaux et des hôtels locaux de grande qualité.

#### b) Les difficultés économiques

Le poids de la dette extérieure de ce pays pauvre très endetté (PTE) et le secteur agricole qui emploie à peu près 70% de la population sénégalaise laisse peu de marge pour un décollage économique. De plus, l'agriculture sénégalaise est très sensible aux aléas climatiques et aux invasions acridiennes.

En 1994, la monnaie est dévaluée<sup>1</sup> et une politique de libéralisation est activement menée. Le Sénégal essaye de rentrer dans les conditions requises par le Fonds monétaire international (FMI) afin de bénéficier d'un allègement de la dette pour le développement du pays. Depuis 2006, le Sénégal est dans la liste des pays éligibles

Données	Valeurs
Produit intérieur brut	21,54 milliards de <u>dollars</u> (2006)
Produit intérieur brut par habitant	1 800 <u>dollars</u> (2006)
Main d'œuvre par secteurs (2006)	agriculture : 18,3% industrie : 19,2% services : 62,5%
Taux de chômage	48% (2006) et 40% de jeunes citadins
Dette extérieure	17,8% du PNB (2006)
Indicateur de développement humain	156 <sup>e</sup> (2006)
Population sous le seuil de pauvreté	54% (2005)
Coefficient de Gini	41,3 (1995)
<i>Sources : CIA World Factbook</i>	

### 3.4 Politique de Santé

Le Sénégal a compris très tôt l'importance du secteur de la santé dans l'activité économique. Le pays a réaffirmé cette volonté notamment par l'article 14 de la constitution et par la ratification des textes internationaux tels que la déclaration universelle des Droits de l'Homme, la charte de l'OUA et la Convention des Droits de l'Enfant.

Les Nouvelles Orientations de cette politique de santé et d'action sociale qui découle de la Déclaration de juin 1989, s'appuie sur l'approche programme traduite à travers le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007.

Il est l'aboutissement logique d'un long processus de réflexion engagé depuis 1995 entre le Ministère de la Santé et ses partenaires. Le PNDS a permis de mettre en chantier plusieurs réformes à la fois législatives et institutionnelles touchant principalement les hôpitaux, les médicaments, les pharmacies. Il prévoit d'autres initiatives dans des domaines aussi importants que le système d'information sanitaire, le financement de la santé, la réorganisation du Ministère de la Santé, la coordination des interventions et l'intégration des activités.

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) qui couvre une période de cinq ans (2002-2007), est la traduction concrète des priorités en matière de santé définies dans le PNDS. Les objectifs visés sont : la réduction de la mortalité

maternelle, la réduction de la mortalité infantile et juvénile et la maîtrise de la fécondité. La mise en œuvre des activités découlant des différentes orientations stratégiques dégagées ne peut être effective sans une mobilisation importante de ressources humaines, matérielles et financières.

Les activités planifiées par l'ensemble des structures découlent des stratégies définies et adoptées pour le développement des ressources humaines, la mobilisation et la rationalisation des moyens financiers et l'amélioration de l'accessibilité des services de santé et d'action sociale en réhabilitant les formations sanitaires actuelles et en construisant de nouvelles formations pour renforcer la couverture sanitaire. Le programme accorde ainsi une large place à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, au MST/SIDA et au contrôle des maladies endémiques avec essentiellement le paludisme, la bilharziose, l'onchocercose et la tuberculose.

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

Pour le suivi et l'évaluation des activités du PDIS, quelques 24 indicateurs ont été retenus. Ces indicateurs sont regroupés en trois catégories à savoir: les indicateurs de moyens financiers; les indicateurs de couverture sanitaire; les indicateurs de qualité et de couverture des services et les indicateurs d'impact.

Les indicateurs financiers du PDIS renseignent sur l'effort fourni par l'État concernant son engagement à élever le budget consacré à la santé au niveau recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est-à-dire à 9 %. Les indicateurs d'activités permettent de mesurer l'accès aux soins de base, la fréquentation et l'utilisation des services offerts par les formations sanitaires à travers le paquet minimum d'activités. Les indicateurs d'impact renseignent sur le degré d'atteinte des trois objectifs prioritaires du PDIS cités plus haut.

La santé a toujours été à la pointe au Sénégal grâce à des partenariats entre la France et le Sénégal qui a débuté dès la période coloniale par l'ouverture des premières écoles de médecine.

Les Sénégalais se portent mieux et vivent plus longtemps – l'espérance de vie à la naissance est de 55,34 ans pour les hommes, de 58,09 ans pour les femmes et de 56,69 ans pour la population globale – et le taux de prévalence du SIDA est l'un des plus faibles d'Afrique (0,7%).

Cependant quelques endémies restent préoccupantes, comme le paludisme ou les bilharzioses, et de grandes disparités subsistent dans le pays, si l'on songe par exemple que 70% des médecins et 80% des pharmaciens et des dentistes sont installés dans la capitale.

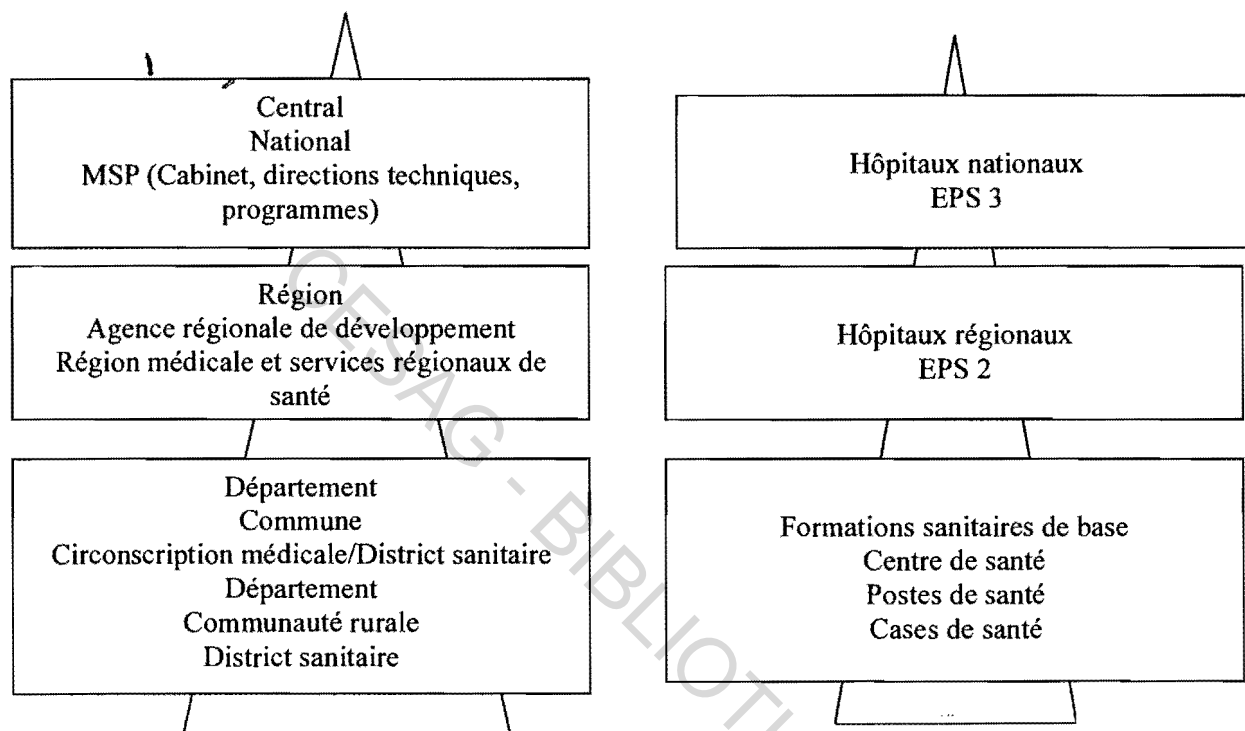
La médecine traditionnelle avec des tradipraticiens reste souvent la solution la moins onéreuse pour les plus démunis.

### 3.5 – Le système de santé du Sénégal

Le système de santé du Sénégal est constitué du système public de santé et du système privé de santé qui englobe la médecine et la pharmacopée traditionnelles.

Le système public de santé est constitué par l'ensemble des services administratifs et structures de santé relevant de l'autorité administrative publique

Figure 1 : Schéma du système de santé du Sénégal.



Le système de santé comprend en 2006 :

- à la base, 1030 postes de santé, premier contact officiel du patient avec le système. Ils sont implantés dans les chefs lieux des communautés rurales ou d'arrondissements et dans les villes. Ils supervisent les cases de santé au nombre de 1384 et les maternités rurales, situées dans les villages ;

- les 60 centres de santé qui sont les références des postes de santé aux plans préventif, curatif et administratif ;

- au troisième niveau, 11 hôpitaux s'intègrent aux régions médicales et correspondent à un niveau intermédiaire ;

- viennent enfin les 5 hôpitaux nationaux, dont 2 CHU au sommet ;

- Le niveau central ou l'échelon national : le niveau central qui est composé du Cabinet du Ministre, de huit Directions techniques et de programmes nationaux. Les directions techniques sont :

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



### **3.5.1. Les programmes nationaux de santé et les autres structures**

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

Les structures relevant des autres ministères sont essentiellement des établissements sanitaires susceptibles de recevoir un appui essentiellement médical du service de santé des armées.

On citera à titre d'exemple :

- le ministère de l'intérieur, avec le service de santé des sapeurs pompiers et les centres médicaux de la sûreté nationale ;
- le ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, avec l'hôpital général de Grand Yoff (ex-Centre de traumatologie et d'orthopédie construit par la Caisse de sécurité sociale) ;
- le ministère chargé de la modernisation de l'Etat et le Centre médico-social des fonctionnaires.

Le mode de fonctionnement du système public de santé est en parfaite adéquation avec celui du système administratif du pays. Ceci trouve sa justification dans la recherche d'extension maximale de l'action sanitaire pour atteindre les populations à la base. Ainsi, de la base au sommet, de la périphérie aux structures intermédiaires, un système de recours, puis de référence, permet de remonter jusqu'à l'hôpital national.

### **3.5.2. Organisation du système de santé**

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux :

- l'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire;
- l'échelon régional qui correspond à la région médicale;
- et l'échelon central.

Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département. Le Sénégal compte actuellement 50 districts sanitaires. Chaque district ou zone opérationnelle est géré par un médecin chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones qui ont été choisies. La région médicale est la structure de coordination du niveau régional. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de services rattachés à la région médicale. Le niveau central comprend outre le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés. Rappelons que c'est la Direction des Études, de la Recherche et de la Formation qui est chargée de la gestion du soutien informationnel du programme.

### 3.5.3. Les ressources du système

Le financement du plan est apparu comme une préoccupation partagée par l'autorité sanitaire et l'ensemble des acteurs. Plusieurs études ont été menées pour trouver les solutions idoines aux différents problèmes de santé. Ainsi, l'ensemble des stratégies développées tendent à accroître les moyens tout en les rationalisant, qu'il s'agisse du développement des ressources humaines, du financement de la santé, de la réhabilitation des structures notamment 2 Source : Division des Statistiques et de la Documentation, Direction des Études, de la Recherche et de la Formation, Ministère de la Santé.

#### 3.5.3.1. Le personnel

La situation du personnel de santé a fait l'objet de plusieurs études pour la maîtrise de son effectif réel, de sa répartition en vue du respect des normes de couverture indispensable à l'amélioration de la qualité des services. Le Ministère s'est inscrit dans cette dynamique et a élaboré un plan national de formation qui intègre les besoins de formation initiale et continue. De plus, malgré les restrictions budgétaires, le ministère bénéficie d'un quota spécial pour un recrutement annuel de divers personnel de santé dans l'optique de la résorption du déficit constaté. Cependant malgré les efforts constatés, la situation est loin d'être satisfaisante comparée aux normes de l'OMS. Le Sénégal comptait en 2003 :

- 1 médecin pour 17 000 habitants,
- 1 infirmier pour 8 700 habitants,
- 1 sage femme pour 4 600 Femmes en Âge de Reproduction (FAR).

Alors que l'Organisation Mondiale de la Santé préconise :

- 1 médecin pour 5 000 à 10 000 habitants,
- 1 infirmier pour 300 habitants,
- 1 sage femme pour 300 Femmes en Age de Reproduction (FAR).

#### 3.5.3.2. Les infrastructures

##### a) Secteur public

Sur le plan des structures, la pyramide sanitaire se traduit par la disponibilité des soins de santé de base au niveau des postes de santé, des soins secondaires au niveau des centres de santé et des soins tertiaires au niveau de l'hôpital régional. La réfection, la rénovation et la construction de nouvelles infrastructures constituent un volet fondamental du programme actuel. Le Sénégal compte actuellement 1030 postes de santé, 60 centres de santé et 22 hôpitaux dont 18 fonctionnels. En 2006, en terme de couverture passive, il y a :

- 1 poste de santé pour 10 790 habitants,
- 1 centre de santé pour 175 000 habitants,
- 1 hôpital pour 505 172 habitants.

Alors que les normes de l'OMS sont :

- 1 poste de santé pour 10 000 habitants,
- 1 centre de santé pour 50 000 habitants,
- 1 hôpital pour 150 000 habitants.

L'analyse de l'évolution de ces infrastructures de 1999 à 2006 montre le déficit actuel en termes de couverture et l'effort important que le ministère de la santé doit fournir pour atteindre les normes préconisées par l'OMS.

## **b) Secteur privé :**

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

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

La médecine pré hospitalière connaît la présence de deux opérateurs qui se concurrencent, en plus

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

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

## **3.6 – Financement de la santé**

Les principales sources de financement de la santé sont l'État, l'aide extérieure, les collectivités locales et les populations. L'État contribue à hauteur de 53 %; les populations participent pour 11%; les collectivités locales pour 6% pour le secteur public. Le budget que l'État alloue au Ministère de la Santé est une traduction éloquente de son engagement face aux problèmes socio-sanitaires auxquels les populations sont confrontées quotidiennement.

À ce titre, l'OMS recommande aux États de consacrer au moins près de 9 % de leur budget de fonctionnement au Ministère de la Santé. Dans cette optique, depuis 1993, le Sénégal a décidé d'augmenter de 0,5 % la part du secteur de la santé dans le budget national. Ce taux est actuellement à 10,30% mais reste inférieur au 15% de la recommandation du sommet des chefs d'Etat de l'Afrique (Ambassade de France-Mission économique 2005). Le budget de fonctionnement de la Santé a connu une augmentation en valeur absolue; il est passé de 18,7 milliards à 28,7 milliards entre 1996 et 2003.

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

Le mouvement mutualiste qui a débuté dans la région de Thiès connaît un certain engouement. Mais, les résultats sont encore timides car, il n'a été essentiellement mis en place que des mutuelles de petite taille dont le nombre d'adhérents varie entre 100

et 400 membres. Le soutien de l'Etat est nécessaire pour le développement de cette alternative du financement de la santé, surtout dans les pays où d'une part le secteur informel est prédominant, d'autre part les populations sont pauvres.

### **Niveau de quelques taux relatifs à la santé**

Selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé de 1997 (EDS-III, 1997), la fécondité reste très élevée même si elle connaît une légère baisse. Le Taux Brut de Natalité (TBN) est de 37 ‰. Le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) ou nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer est de 185 ‰, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 6,0 enfants par femme en 1992-93 à 5,7 enfants par femme en 1997.

Le taux de prévalence contraceptive demeure très faible alors que le niveau de connaissance est élevé! 86 % pour les femmes en union. Le taux de couverture des consultations prénatales est 82 %; La proportion de femmes ayant été assistées est de 47 %. Par ailleurs, la prévalence des MST est de 0,7 % chez les femmes et de 1 % chez les hommes.

Le quotient de mortalité infantile était estimé à 68 pour mille naissances vivantes en 1997 selon l'EDS-III, avec une grande disparité entre la zone urbaine (50 ‰) et la zone rurale (79 ‰). Le quotient de mortalité juvénile est estimé à 77 ‰ et le quotient de mortalité infanto-juvénile 139 ‰. La mortalité infanto-juvénile reste très élevée du fait essentiellement du poids des maladies diarrhéiques et du paludisme, de la malnutrition, des infections respiratoires aiguës et de certaines maladies cibles du Programme Élargi de Vaccination telles que la rougeole.

# CHAPITRE 4 : Présentation de l'Hôpital Régional de Saint Louis

## 4.1 – Présentation de la Région de Saint Louis

### 4.1.1. Situation Générale

Avec une population de **154 496** habitants, la région de Saint-Louis dispose d'une couverture sanitaire relativement correcte par rapport aux normes définies par l'OMS. Cette situation est rendue possible grâce à l'action combinée des collectivités locales, des populations, des émigrés et des partenaires au développement. Il s'y ajoute l'existence de plusieurs programmes nationaux.

Malgré ces efforts déjà importants, les populations demeurent encore confrontées à des conditions sanitaires relativement difficiles.

**Tableau 1 : Infrastructures et équipements**

#### REPARTITION DES INFRASTRUCTURES

##### LISTE DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES en 2007

Structures Zones opérationnelles	Hôpital	Centre de santé	Postes de santé			Total	Mater nité Rurale	Case de santé	Sous brigade d'hygiène	Cabine ts médicaux	Pharmacie d'officine	Autres	
			Privé	Public								Cliniques Médicales	
				Urbain	Rural								
Saint-Louis	1	1	7	9	6	22	3	37 F: 33	1	7	15	2	
Richard-Toll	0	1	1	3	13	17	10	32 F: 30	1	7	6	0	
Dagana	0	1	5	2	10	17	11	18 F: 15	1	0	1	0	
Podor	1	1	6	1	44	51	45	76 F: 76	1	0	7	0	
Pété	0	1		0									
Région	2	4	19	15	73	107	69	163 F: 154	4	17	29	2	1 PRA 1 L.R 1 B.S 1 BRH
			19	88		108							

Source : Région Médicale de Saint Louis, 2007

F= Fonctionnelle

La Région dispose de 02 hôpitaux implantés à Ndioum et Saint-Louis; ce dernier fait office d'hôpital régional.

Dans la région, chaque district dispose d'un centre de santé. Les postes de santé sont au nombre de 88 en 2007, en plus il faut signaler que 17 sont fermés faute de personnel.

Les maternités et cases de santé, souvent tenues par des agents communautaires, sont presque toutes paralysées par l'absence de motivation du personnel.

Les ratios infrastructures / populations se présentent comme il suit :

- 1 hôpital pour 273 000 habitants
- 1 centre de santé pour 205 000 habitants
- 1 poste de santé pour 6 395 habitants

Cependant la répartition des différentes infrastructures laisse apparaître un réel déséquilibre, d'une part entre les trois départements et d'autre part entre les zones du Walo et du Diéri.

La forte concentration des infrastructures le long du fleuve cause de réels problèmes d'accès aux structures sanitaires pour les populations du Diéri. Il n'est pas rare de voir des villages distants de plus de 50 km de leur poste de santé, surtout dans le Podor . Ces derniers totalisent aussi le plus de postes non fonctionnels.

Concernant l'équipement, seul l'hôpital de Saint-Louis reste moyennement pourvu. Ceux de Ndioum et Ourossogui disposent d'un équipement incomplet et vétuste qui a besoin d'être renouvelé. Ailleurs, dans la région, la qualité des services des structures reste très insuffisante, la plupart des postes et centres de santé souffrant d'un sous-équipement notoire.

Cela explique les évacuations régulières sur Saint-Louis qui s'effectuent dans des conditions très difficiles du fait de l'éloignement et de l'enclavement caractérisant la plupart des localités de la région.

Au plan logistique presque toutes les structures sanitaires de la région vivent dans l'insuffisance de moyens.

La capacité d'accueil des infrastructures est très modeste. Elle est évaluée à 716 lits (dont une partie non installée) ainsi répartis

Hôpital de Saint-Louis	400 lits
Hôpital de Ndioum	103 lits
Hôpital de Ourossogui	95 lits
Centre de Santé de Dagana	31 lits
Centre de Santé de Richard-Toll	48 lits
Centre de santé de Podor	23 lits

Au total, la région dispose d'une capacité de 257 760 journées d'hospitalisation par an, ce qui représente une durée moyenne 1/3 de jour par habitant. Les taux d'occupation moyens sont assez faibles pour Ourossogui 35% et pour Ndioum 40% mais élevés pour Saint-Louis environ 60%.

Les services de pédiatrie, de maternité et de chirurgie sont les plus fréquentés.

Les taux de décès oscillent entre 4 et 6% pour l'hôpital de Saint-Louis, 4 et 11% pour Ourossogui, 5 et 6% pour Ndioum. Les plus importants sont enregistrés en pédiatrie (Saint-Louis), en médecine générale et maternité (Ndioum et Ourossogui).

Les collectivités locales sont en périphérie de la gestion des établissements de santé. En dehors de rares actions de dons de médicaments et de matériels, elles ne sont pas impliquées dans la gestion du secteur qui leur est pourtant transférée.

Les comités de santé, institués pour rendre effective la participation des populations, n'ont pas donné dans la plupart des cas, les résultats escomptés. Au contraire des malversations financières sont à l'ordre du jour dans plusieurs d'entre eux.

**Tableau 2 : Situation du personnel de la RMSL**

SITUATION DU PERSONNEL EN 2007									
STRUCTURES	ST-	RDT	DAG	POD	PETE	HRSL	NDM	S.RG	TOT
Médecin général	2	2	2	1	1	5	3	3	19
Médecin néphro	0	0	0	0		1	0	0	1
Médecin dermat	0	0	0	0		1	0	0	1
Gynécologue	0	1	0	0		1	0		2
Chirurgien	0	0	0	0		1	1	0	2
Chirurgien ortho	0	0	0	0		1	0	0	1
Pédiatre	0	0	0	0		1	1	0	2
Médecin ophtalm	0	0	0	0		2	0	0	2
Médecin radiolo	0	0	0	0		1	0	0	1
Médecin psychia	0	0	0	0		1	0	0	1
Médecin anesthé	0	0	0	0		1	0	0	1
Pharmaciens	0	0	0	0		2		1	3
Pharm. Biologiste	0	0	0	0		1	1	01	3
Chirurg. dentiste	1	0	0	0		1	0		2
TSS	0	1	0	1		1	0	03	6
TS Odontologie	0	0	1	1		3	01	0	6
TS ophtalmo	0	0	0	0		2	0	0	2
TS anesthésieréa	0	0	0	0		1	01	0	2
TS kiné	0	0	0	0		3	0	0	3
TS biologie	1	0	0	0		2	02		4
TS orthopédie	0	0	0	0		3	0	0	3
TS labo	0	0	0	0		1	0	0	1
TS radio	0					1	0		1
INF/ Agt sanit	25	14	12	16		41	06		114
Assist Infirmier	0	0	0			16	0		16
Infirm. breveté	1	4				14	02		21
Sage -Femme	9	3	02	2		11	02		29
Ing. G. Sanit	0	0	0	0		0	0	1	1
TGS	1	1	01	01		3	01		8
Agent Hygiène	2	7	03	02		2	0		16
Auxiliaire Hyg	1	0	01	02		2	0		6
Assist. Social	3	1	01	01		3	02		11
Aide Social	1	0	0	0		3	01		5
Aide infirmier(e)	2	0	0	0		21	21		44
A.S.C Gor		97	70	06(c.s)		0	0		173
Matrone	22	132	28	07(c.s)		0	0		189
Secrétaire	2	07	01	02(c.s)		10	03		16
Chauffeur	3	04	06	07		5	02		27
Gardien (agt séc	3	06	03	6 (cs)		10	0		28
Manoeuvre	3	07	05	03(cs)			0		18
dépositaires	6 ?		15	50		4			75

V.ticket (agt fact	1 ?			48		4	02		55
Tech. biomédic.	1	0	0	0		1	02		4
Aide (labo,mani	2					2	01		5
Tech. de labo	1					1	02		4
Administratif	0						7		7

Source : Région Médicale de Saint Louis 2007

En 2007, les établissements totalisaient un personnel soignant d'environ 500 agents (matrones incluses). Celui-ci se caractérise par une forte concentration dans la commune de Saint-Louis. Les médecins, publics et privés, au nombre de 34 dans la région sont en grande partie constitués de coopérants (30%) et évoluent en majorité dans la commune de Saint-Louis (75%).

Les techniciens supérieurs, environ 15 agents, ainsi que les sages-femmes, sont principalement en service dans la commune de Saint-Louis dans les proportions respectives de 73% et 54%.

Les infirmiers et agents sanitaires respectivement au nombre de 98 et 65 sont assez présents en milieu rural, où ils sont souvent chefs de poste.

Le personnel du service d'hygiène fait un effectif total de 25 agents toutes catégories confondues.

Cette situation traduit des ratios de :

- 1 médecin pour 24 000 habitants
- 1 sage-femme pour 4 530 en âge de procréer
- 1 infirmier pour 8 400 habitants

Ces ratios sont moyennement satisfaisants mais connaissent des disparités énormes entre départements.

Avec la concentration relative du personnel des médecins et des sages femmes dans la commune de Saint-Louis un déficit important est noté dans l'arrière pays.

#### 4.1.2. Les enfants en situation particulièrement difficile

Ils sont constitués par les talibés mendiants et les enfants en rupture (enfants de la rue), les orphelins etc.

La région connaît de manière historique un développement de foyers religieux ; ce qui justifie l'importance numérique des daaras. Ces derniers au nombre de 851 connus et recensés, sont répartis sur l'ensemble de la région avec cependant une forte concentration à Saint-Louis commune et dans le département de Podor.

Le sort des enfants en situation particulièrement difficile reste préoccupant dans la région. La grande majorité des talibés continue de vivre des situations dramatiques marquées par :

- une situation alimentaire et nutritionnelle inquiétante ;
- une situation sanitaire préoccupante avec la persistance d'affections tels que le paludisme, la gale, les gastro-entérites ;
- un cadre de vie très précaire (absence de sanitaire, de conditions d'hygiène convenables ...).

Par ailleurs, l'ampleur du phénomène des enfants en rupture est très élevée dans la région. Elle atteint le taux de 38%. Ce sont généralement des enfants orphelins et/ou des enfants ne bénéficiant pas de soutien familial ou issus de familles dépourvues de moyens adéquats pour les prendre en charge.

Ils vivent pour la plupart dans la rue et sont sujets à la délinquance (phénomène des



« fakhmanes »). Cette situation nécessite des actions urgentes, mais bien ciblées à l'endroit de ce groupe particulièrement vulnérable.

#### **4.1.3. Les personnes âgées**

Elles sont estimées à environ 6,5% de la population. C'est un groupe qui connaît essentiellement des problèmes de prise en charge sanitaire liés à la vieillesse mais qui connaît actuellement un début de correction par le plan SESAME.

Les contraintes de ce groupe restent l'absence de spécialistes (gériatres), de structures d'accueil et le manque d'occupation.

#### **4.1.4. Les personnes handicapées**

Selon les statistiques (structure RGPH 1988), les personnes handicapées représentent 10 pour 1000 de la population totale du Sénégal. Dans la région de Saint-Louis, on dénombre en 1997 : 3 260 handicapés moteurs, 2630 handicapés visuels, 660 lépreux.

Ce groupe rencontre très souvent des difficultés relatives à l'appareillage, à la scolarisation, à la formation professionnelle, à la réinsertion socio-économique. Son épanouissement est confronté à :

- une accentuation de l'état de pauvreté ;
- des difficultés d'accès aux services sociaux de base (santé, éducation, logement, eau, électricité) ;
- une insuffisance des structures de prise en charge.

Cette morbidité sociale s'accompagne d'une recrudescence des fléaux sociaux comme la mendicité, la prostitution et le trafic de drogue qui sont parfois des stratégies de survie, malgré les tentatives de réponses à travers plusieurs initiatives comme :

- les actions de l'Etat et des collectivités locales (l'allocation d'aide alimentaire, de subventions, l'appareillage etc.) ;
- l'exécution des programmes (UNICEF en direction des enfants en situation particulièrement difficile, programme d'appui aux personnes handicapées de la Commune avec l'aide du partenariat Lille/ Saint-Louis) ;
- la mise en œuvre de projets "Claire Enfance" AED (Action Enfance Développement), MTAN (Mouvement des Travailleurs d'Aide aux Nécessiteux) etc. la modicité des ressources financières mobilisées pour l'octroi des aides (à peine 25 % des demandes sont satisfaites). Il s'y ajoute que la distribution des secours n'est pas toujours effectuée correctement ;
- l'inadaptation des politiques sociales et textes réglementaires qui datent des indépendances et ne collent plus à la réalité économique et sociale actuelle.

Le constat est que l'aide ponctuelle apportée aux nécessiteux ne modifie pas leurs conditions d'existence mais les rend plus dépendants encore. Source : (Conseil Régional de Saint Louis 2005).

## 4.2– Présentation de la Ville de Saint Louis

### 4.2.1. Historique de la ville

A la recherche de nouveaux débouchés commerciaux, les français remontent le fleuve Sénégal, les anglais s'aventurent en Gambie. Les uns et les autres témoignent des mêmes ambitions d'hégémonie.

En 1638, un navigateur français dénommé Lambert fait installer une habitation sur l'île de Bocos au milieu du fleuve Sénégal.

En 1659, un autre normand, Louis Caullier, décide de déplacer cette habitation vers une autre île : Ndar.

Plus proche de l'océan et mieux protégée des crues, elle constitue de plus un site stratégique quasi imprenable. Grâce au fleuve, elle se place en bon point de départ pour toutes sortes d'expéditions vers l'intérieur des terres.

Un poste de défense y est donc édifié à l'emplacement de l'actuelle Gouvernance. Ce poste se transforme ensuite en comptoir colonial fortifié comprenant esclaves, magasins, cuisines, prison, chapelle, casernements, cimetière et jardins potagers. Par soucis de sécurité, les premiers établissements sont construits à proximité du fort.

L'île est baptisée Saint-Louis-du-Fort en hommage au jeune Roi français de l'époque, Louis XIV.

Fondée en 1659, sur une île occupant une position stratégique près de l'embouchure du fleuve Sénégal, entre le continent et la Langue de Barbarie, une étroite bande de terre qui s'enfonce dans l'océan Atlantique, Saint-Louis est une ville chargée d'histoire.

De 1664 à 1674, la Compagnie française des Indes occidentales eut le monopole, accordé par Colbert, de l'exploitation des domaines africains et américains du royaume de France. Son nom évoque la magnifique épopée de la marine à voile, mais aussi une superbe réussite commerciale, parfois due à des aventuriers sans scrupules. La Compagnie française des Indes occidentales est née à Saint-Louis. Elle s'appela d'abord Concession royale du Sénégal. Elle avait pour objet l'échange de tissus, verroterie, fer venus de France, contre ivoire, poudre d'or, huile, de palme et gomme produits par le Sénégal. Les esclaves servaient aussi de monnaie d'échange. Très vite, la Compagnie réalisa des bénéfices considérables, assurant ainsi le développement et la prospérité de la cité, et notamment des métisses les Signares. Point de départ de la colonie française en Afrique, Saint-Louis fut dès les années 1790 un port dynamique et un important pôle commercial. Dans cette agglomération d'une dizaine de milliers d'habitants, à l'époque, on comptait des Africains, des Européens et de nombreux métis. Les mariages mixtes étaient fréquents entre les marchands européens et les femmes métisses, les signares, symbole d'élégance et de raffinement et dont les saint-louisiens perpétuent encore les traditions, à travers les processions de fanals organisées chaque année.

En 1848, l'abolition de l'esclavage conduit la France à douter de l'utilité de conserver ses deux bastions sénégalais : l'île de Gorée et la ville de Saint-Louis. Mais la politique expansionniste de l'Angleterre amène le gouvernement de Napoléon III à écarter l'idée d'abandon.

Louis Faidherbe, officier du génie sorti de Polytechnique, devient gouverneur de la colonie en 1854. Le pays se caractérise alors par des luttes intestines. Avec une poignée d'hommes et un matériel militaire réduit, Faidherbe entreprend sa réunification. A Saint-Louis il entreprend la jonction de l'île aux deux rives du fleuve.

En 1865, est construit le pont Faidherbe qui relie le quartier continental de Sor à l'île. Le pont Servitius (actuel Malick Gaye) et le pont de la Geôle qui donnent quant à eux accès aux quartiers de Guet-Ndar et de Ndar-Tqute ainsi qu'à l'océan sont réalisés vers 1856. Grâce à ces installations, la cité ne cesse dès lors de s'élargir en dehors de l'île. Faidherbe met en place également un dispositif de sécurité autour de l'île en créant des tours de guet à Ndiago, Gandiol et Ndialakhar.

Enfin, il passe à une attitude de conquête territoriale en direction notamment du Walo (annexé en 1858), du Fouta, du Djoloff et du littoral. En 1872, la ville est érigée en commune de plein exercice.

Point de départ de toutes sortes d'expéditions à travers l'Afrique noire, Saint-Louis est à cette époque le cœur de la colonie du "Sénégal et dépendances", capitale de la colonie du Sénégal et enfin en 1895 capitale de l'Afrique Occidentale Française soit quatre territoires : le Sénégal, le Soudan (Mali), la Guinée et la Côte d'Ivoire. C'est une période exceptionnelle pour Saint-Louis. Capitale du Sénégal et de l'AOF, centre de rayonnement de l'instruction et de la culture française mais aussi capitale de la douleur, de la traite et de l'esclavagisme car comptoir relais entre l'intérieur du pays et l'exportation vers les Amériques des esclaves venus de la Falémé et du haut Sénégal.

#### **4.2.2. Géographie**

##### **a) Le Sahel**

Saint-Louis fait partie de la zone sahélienne. Cette frange désertique sépare les dunes du Sahara des savanes de baobabs. Cette zone transitoire est caractérisée par l'émergence de quelques dunes fixées par des acacias épineux. Ces derniers sont pratiquement les seuls arbres qui subsistent encore naturellement dans la région. Le sol sablonneux est fréquemment balayé par les vents, créant ainsi des tempêtes de sables qui peuvent durer plusieurs jours. Celles-ci se produisent le plus souvent lors de la période de l'Harmattan (décembre à mai) ce fameux vent chaud et sec qui émane du désert du Sahara. Pendant la saison des pluies, une légère couche d'herbes recouvre le sol. Les buissons aussi retrouvent leur feuillage, transformant agréablement le paysage.

##### **b) Le Marais Fluvial**

Lors de la saison des pluies, quand le fleuve déborde de ses berges, Saint-Louis est entourée de bassins d'inondation. L'eau salée crée des zones de petites mangroves ou d'étangs. De nombreuses espèces d'oiseaux y séjournent notamment des flamands roses et des pélicans. Quand le fleuve retrouve son cours et que les eaux s'évaporent, le sel s'y trouve concentré, donnant à ces bassins une couleur rosâtre. Une fois l'eau complètement évaporée, les villages environnants, tel Gandiol, récupèrent le sel pour le vendre au marché.

### **c) La Langue de Barbarie**

Cette bande de sable est l'aboutissement d'une plage longue de près de 600 km s'étirant depuis Nouâdhibou en Mauritanie, jusqu'à Saint-Louis. La Langue de Barbarie sépare sur 25 kilomètres le fleuve Sénégal de l'océan Atlantique. A l'embouchure, les eaux se rencontrent avec force. Elle n'a que la largeur d'une dune bordée de plages. D'un côté l'agitation de l'océan : la barre créée par plusieurs bancs de sables auxquels doivent se heurter les pêcheurs. Sur l'autre berge, le calme du fleuve, fréquenté par une multitude d'oiseaux marins. La végétation se compose essentiellement de filaos, seuls arbres résistant à l'air marin

### **d) Les saisons**

Il y a seulement deux saisons à Saint-Louis qui sont définies par les précipitations plutôt que par les variations de température.

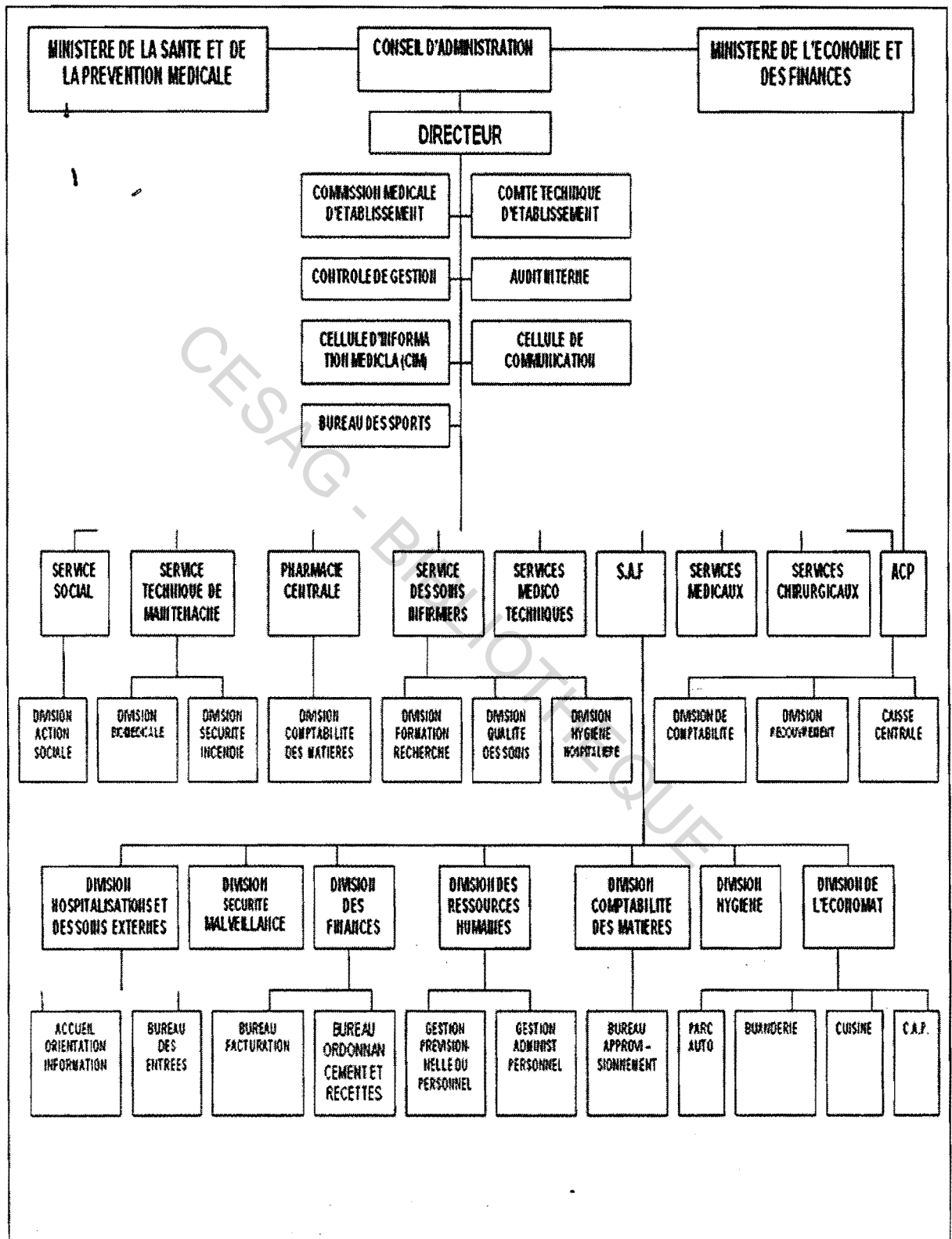
- La saison des pluies : elle commence fin juin et se termine en octobre. Elle est chaude et humide. C'est le moment des orages, au plus une fois par semaine.
- La saison sèche : de novembre à mai, le climat est très souvent agréable à cette période car Saint-Louis se trouve rafraîchie par les vents de la mer. Néanmoins, de janvier à mars, les vents de l'Harmattan descendent du désert, donnant quelques journées chaudes et poussiéreuses.

La ville s'étend sur une partie de la Langue de Barbarie, sur l'île et sur le continent. Le pont Faidherbe, véritable œuvre d'art, surplombe le fleuve Sénégal sur une longueur de 500 mètres et relie l'île qui figure sur la liste du patrimoine mondial de l'UNESCO - au quartier de Sor. La Langue de Barbarie est, quant à elle, occupée par une communauté de pêcheurs très actifs, à Guet N'Dar, et par de nombreux centres touristiques.

Parmi les sites et monuments à voir, on peut citer le palais du gouverneur, un fort construit au 18ème siècle en face duquel se trouve la place Faidherbe, du nom du célèbre gouverneur colonial dont la statue est érigée au centre. Au nord et au sud de cette place, des maisons datant de la période coloniale, avec des balcons en fer forgé et des vérandas, sont demeurées intactes.

A la pointe sud de l'île, le musée présente d'intéressants clichés anciens de la ville et des expositions sur le nord du Sénégal. En descendant la Langue de Barbarie, plus au sud, on rejoint l'Hydrobase.

**Tableau 3 Présentation de l'Hôpital Régional de Saint Louis**



### 4.3 - Présentation générale de l'Hôpital Régional de Saint Louis

**Un hôpital Chargé d'histoire :** En 1681 fut créée l'Hôpital de Saint Louis par ordonnance Royale en son article 6. Il n'était pas prévu d'y admettre les autochtones mais d'y recevoir des officiers et soldats.

C'est le premier hôpital d'Afrique noire, actuellement il fait parti du patrimoine mondial de l'UNESCO.

Il a un bassin d'attraction de dimension internationale et constitue un centre de référence pour le sud de la Mauritanie, les Régions de Matam, Saint-louis et Louga

D'une capacité de 444 lits théoriques dont 280 installés, il est devenu Établissement Public de Santé depuis le 27 Août 1999. Il élaboré et validé son premier projet d'Établissement par le Conseil d'administration le 27 Juillet 2001. L'exécution de ce projet a pris fin en 2006 et il est déjà évalué.

L'actuel Directeur a pris fonction le 17 Janvier 2001, il est le vingt sixième Directeur depuis la création de la structure hospitalière. La direction a été assurée par 15 Lieutenants Colonels dont 10 avant l'indépendance et le reste est constitué de Civils.

Après sa création les dates les plus importantes à retenir sont :

En 1822 – C'est un imposant bâtiment qui est construit sur la façade ouest sur les sites d'un ancien militaire.

1829 – Le personnel se résumait en:

- un (01) médecin Chef,
- deux (02) Médecins chirurgiens de 4ème classe,
- Un (01) Officier de Santé de 1ère classe,
- Un (01) Pharmacien de 2ème classe

De 1865 à 1898 les aménagements se sont poursuivis par le Gouverneur Faidherbe. C'est en ce moment que l'essentiel des constructions a été réalisé

1927 – Fusion entre l'hôpital militaire et l'hospice civil qui existait à la pointe Sud. (actuel Lycée Ameth Fall ).

C'est de cette fusion que l'hôpital militaire changea de nom pour devenir l'hôpital Colonial.

Dans les années 1953, les Infirmiers sanitaires étaient formés à Saint-Louis à l'hôpital de Santé. Un hôpital en pleine mutation avec la poursuite de l'humanisation des salles d'hospitalisation, le relèvement du plateau technique, l'élargissement du portefeuille de services et le développement de la coopération.

Un Hôpital Ouvert sur le Monde et l'Avenir

Site historique exceptionnel

Levier pour le développement scientifique de son bassin d'attraction

Centre de référence de la Commune, de la Région et de tout le Nord du Sénégal

Futur C.H.U. (pôle de recherche)

Facteur de sécurisation des populations, des investissements et des investisseurs

Dans le cadre du processus de décentralisation, la gestion et l'entretien des hôpitaux sont devenus des compétences transférées de l'Etat à la Région par la loi 96-07.

Les instruments Juridiques ont été les lois 98-08 et 98-12. La première portant sur la réforme hospitalière, la deuxième relative à la création, organisation et fonctionnement des Etablissements Publics de Santé (EPS). Cette dernière s'articule autour de :

- L'autonomie de gestion sous tendu par une logique de performance se substituant à la logique administrative,
- L'accès pour tous aux soins de qualité au moindre coût (mission de service public),
- Une approche participative de la gestion des problèmes de santé.

L'Hôpital Régional de Santé de Saint Louis couvre une superficie de 8 413 m<sup>2</sup> dont 5 122,5 m<sup>2</sup> de superficie bâtie. L'hôpital se situe au bord du fleuve Sénégal, est pratiquement inaccessible

en période hivernale par sa façade Ouest en cas de débordement du lit du fleuve. Ce qui incommodé à la fois usagers et personnel hospitalier.

Entre 1990 et 1993 l'hôpital a bénéficié de rénovation et d'équipement. L'équipement après l'inauguration était de pointe. Malheureusement aujourd'hui, le mobilier, tout comme les équipements biomédicaux, hôteliers et électroniques croupissent sous le poids de l'âge, sont soumis à une sur utilisation, ou sont tout simplement non fonctionnels ou irrécupérables.

### 4.3.1. Organisation

L'hôpital Régional de Saint Louis comprend 32 services bien codés et numérotés qui se répartissent en services administratifs, médicaux et médico-techniques. Les services sont :

*L'administration générale* : appuyée par le Conseil d'Administration (CA), le Conseil Médical d'Etablissement (CME), le Comité Technique d'Etablissement (CTE), le Contrôle de Gestion, l'Audit Interne, la Cellule d'Information Médicale (CIM) et la Cellule de Communication, assure la coordination, l'organisation, la gestion et le contrôle des différentes activités dévolues à la structure hospitalière.

#### *Les services médicaux*

- la médecine (I et IV)
- la chirurgie générale et de spécialité (ophtalmo, ORL, Orthopédie)
- la gynécologie/obstétrique,
- la pédiatrie,
- le centre de Réadaptation et d'Education des Enfants (CREN)
- la stomatologie
- la psychiatrie
- la réanimation
- la kinésithérapie
- la clinique polyvalente
- la dermatologie
- l'urologie
- l'ophtalmologie.
- Les urgences centralisées

#### *Les services médico-techniques* comprennent :

- les blocs opératoires au nombre de six dont quatre opérationnels,
- la pharmacie,
- la radiologie,
- les laboratoires de bactériologie et de biochimie,
- la kinésithérapie
- la maintenance
- la morgue
- la cuisine
- le centre d'accueil
- le parc automobile.

Les activités de la structures hospitalières sont de natures administratives pour l'organisation, la structuration et la gestion des prestations qui se répartissent en en ambulatoires et en hospitalisations

❖ **Les soins ambulatoires :**

Ils résultent des consultations des malades ne nécessitant pas d'admission et qui se font dans les différents services médicaux avec l'appui des analyses biomédicales, l'imagerie, les soins infirmiers externes et la prescription des médicaments achetés soit dans la pharmacie de l'Initiative de Bamako (IB) logée dans l'enceinte et rattachée à la pharmacie de l'établissement, soit dans les pharmacies privées.

❖ **Les hospitalisations :**

Les malades à hospitaliser peuvent provenir des différents services de consultation ou des urgences centralisées. Les dépenses d'hospitalisation comprennent l'hôtellerie qui n'empêche pas l'apport des familles en matière de repas, les médicaments, les examens de laboratoire et de l'imagerie. Comme il s'agit d'une structure publique, il est prévu la prise en charges des indigents par le service social sur le plan des médicaments, des actes de diagnostic et d'entrée à l'hôpital. Il faut noter la présence d'un hôpital de jour où sont reçus les patients vivants avec le VIH pour leur prise en charge médicale, psycho sociale, socio économique et leur suivi.

**4.3.2. Ressources matérielles**

Pour répondre à sa vocation régionale en matière de recours, l'hôpital dispose des infrastructures qui sont âgées mais rénovées et bien entretenues, des équipements du plateau technique, d'un service de maintenance, d'un service informatique de 90 ordinateurs dont 80 fonctionnent en réseau et sont reliés à l'Internet, des postes téléviseurs, d'un service de télé-médecine en création, d'un parc automobile de 5 véhicules dont un médicalisé, des matériels, machines et mobiliers divers qui permettent à la structure de faire face aux sollicitations des malades. Tout cela est consigné dans un document informatisé au niveau de la Division de la Comptabilité Matière dont le contenu est annuellement réactualisé.

- **La Capacité hospitalière :**

L'hôpital dispose d'une capacité d'installation de 444 lits (actuellement 333 lits sont installés) dont la répartition entre les différents services est indiquée dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 3 bis : Répartition des lits entre les services.**

N°	Services	Nombre de lits installés	Nombre de lits occupés
1	Médecine	51	48
2	Polyclinique	44	22
3	Chirurgie	71	43
4	Orthopédie	24	21
5	Pédiatrie	48	48
6	Réanimation	12	12
7	Urgences centralisées	28	12
8	Dermatologie	2	2
9	Maternité	53	53
<b>TOTAL</b>		<b>333</b>	<b>261</b>

Source : Données du rapport final des activités 2006



Il faut souligner que généralement les spécialités (urologie, ORL, ophtalmo...) ne disposent pas de capacité hospitalière propre. Leurs malades se font hospitalisés en chirurgie.

**- Les éléments de diagnostic :**

Le support diagnostic repose sur les éléments suivants :

- Les deux laboratoires d'analyses biomédicale et bactériologique
- L'imagerie médicale (radiologie, échographie, électrocardiographie, fibroscopie)

**- Médicaments :**

L'insuffisance du budget ne permet pas une disponibilité toute l'année, dans les services des produits de première nécessité.

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) ne parvient pas de son côté à honorer toutes les commandes.

L'existence des produits d'Initiative de Bamako (IB) dont leur vente donne un montant annuel moyen de 66 000 000 FCFA. Malgré tout une grande proportion des malades doit acheter ses ordonnances dans les pharmacies privées et cela coûte cher.

Source : *Projet médical 2002-2006.*

**4.3.3. Ressources humaines**

L'effectif global du personnel qui se chiffre à 380 regroupant plusieurs catégories socio professionnelles, est donné dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Effectif du personnel et répartition par catégorie de l'EPS

N°	Catégories professionnelles	Fonctionnaires	Contractuels	Municipaux	Total
1	Médecins	15	9		24
2	Pharmaciens	0	1		1
3	Techniciens supérieurs	11	5		16
4	Infirmiers d'Etat	16	2		18
5	Sages femmes d'Etat	11	1		12
6	Agents sanitaires	22	1		23
7	Infirmiers brevetés+Assistants Inf.	1	35		36
8	Aides Infirmiers	6	28	6	40
9	Préparateurs en pharmacie	2	0		2
10	Garçons/filles de salle	6	31		37
11	Brancardiers		7		7
12	Assistants sociaux	2			2
13	Aides sociaux	2			2
14	Cadres de gestion	3	3		6
15	Comptables		7		7
16	Techniciens supérieurs de gestion		5		5
17	Agents de collecte		5		5
18	Dépositaires IB		5		5
19	Agents de facturations		6		6
20	Techniciens génie sanitaire	3			3
21	Agents assainissements	2	3		5
22	Auxiliaires d'hygiène	1			1
23	Agents de sécurité		12		13

24	Chauffeurs	3	5		8
25	Ingénieurs bio médicaux		1		1
26	Techniciens de maintenance	3			3
27	Agents de maintenance		12		12
28	Informaticiens		1		1
29	Secrétaires		16		16
30	Opératrices de saisie/communication		3		3
31	Cuisiniers et aides cuisiniers	2	16		18
32	Lingers	3	5		8
33	Standardistes et plantons		4		4
34	Manœuvres/personnel		30		30
	<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>230</b>	<b>6</b>	<b>380</b>

Source : Division Ressources Humaines 2007 de l'EPS

En observant ce tableau, on relève que le personnel médical et paramédical se répartisse comme suit :

- Fonctionnaires de l'Etat : 84
- Contractuels de l'EPS : 83 → 173 agents de santé soit 45,52% de l'effectif total
- Contractuels municipaux : 6

A cet effectif, il faut ajouter :

- Le personnel administratif permanent/contractuel qui comprend travailleurs toutes catégories confondues chargés de l'administration, de la gestion, de la coordination des activités et de l'appui à l'institution pour son bon fonctionnement
- Le personnel de soutien composé d'agents d'entretien, de garçons et filles de salle,
- Les agents chargés de la lingerie et de la cuisine, de la maintenance et l'hygiène.

#### 4.3.4. Prestations de l'HRSL

Etant une structure de référence pour les EPS de Ndoum et Ourosogui, des centres de santé et des formations sanitaires privées de la région, l'HRSL offre des prestations diverses : de diagnostic, de soins, d'hébergement, d'adaptation, de correction, de prévention, de récupération, de conseils, d'encadrement et de formation/ recherche grâce aux ressources matérielles et humaines dont il dispose. Toutes ces activités s'inscrivent dans le cadre de l'application de la Politique de Santé adoptée par l'Etat Sénégalais.

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

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

#### 4.4- Financement de la santé à l'HRSL

Les prestations sont financées principalement par les ménages à travers les produits de facturation, la vente de produits IB, la subvention de l'Etat, des collectivités locales et les bailleurs de fonds (Partenaires). Les ménages interviennent soit par des paiements directs, soit par l'intermédiaire des mutuelles de santé, les IPM et les sociétés d'assurances privées.

**Tableau 5 : Evolution des produits et des charges de 2002 à 2006:**

Année	2002	2003	2004	2005	2006
Total Charges	897 290 531	1 045 874 623	1 167 215 105	1 592 413 698	1 931 109 780
Total produits	586 458 756	860 941 103	1 024 198 314	1 394 977 070	1 584 539 979
Déficit net	310 831 775	184 933 520	143 016 374	197 436 628	346 569 811
% déficit	34,64	17,68	12,25	12,39	17,94

En observant ce tableau on relève un déficit variant entre 12,25% à 34,64% des charges totales dont les autorités de l'institution sont conscientes et font des efforts pour équilibrer ses comptes. Voyant l'allure de la réduction de ce déficit qui est descendante jusqu'en 2004, elle commence à prendre de l'ascendance. On remarque en plus que les charges et les produits sont passés du simple au double au cours de ces 5 dernières années.

## CHAPITRE 5 : Collecte et traitement des données

### 5.1 – Choix de la période

Pour la collecte des données, leur traitement selon les besoins de notre recherche concernant les éléments qui servent de base à l'établissement des comptes de la santé de l'HRSL, nous avons choisi comme période de recherche les années 2005 et 2006 qui font parti du premier projet d'établissement de l'hôpital couvrant 2002 à 2006.

Avant l'élaboration et l'exécution de ce projet l'hôpital faisait face à d'énormes difficultés surtout des dysfonctionnements liés à :

- La vétusté du plateau technique ;
- La non réalisation du plan d'investissement ;
- La rupture fréquente du stock de médicaments, de gaz médicaux, de réactifs, de fournitures de bureau et d'autres consommables ;
- Au déficit en personnel qualifié (soignant, spécialiste, gestionnaire...)
- A l'insuffisance du système d'information :
- Au déficit de la trésorerie ;
- L'insuffisance de la qualité des soins offerts aux malades.

Face à cette situation, les autorités se référant à la mise en œuvre du PNDS (Plan National de Développement Sanitaire) soutenu par le PDIS (Programme de Développement Intégré de la Santé), ont élaboré et exécuté leur Projet d'Etablissement Hospitalier (PEH) qui impose une vision stratégique dans une logique de performance se substituant à la routine administrative. Ce PEH qui sert de cadre de référence pour l'ensemble du personnel afin de développer de manière stratégique les activités de l'hôpital pour la période de 5 ans s'était fixé comme objectifs :

- ✓ D'assurer les missions attribuées à l'établissement,
- ✓ D'améliorer la qualité des soins due aux malades,
- ✓ De maîtriser les coûts des prestations hospitalières (source Document d'évaluation du PEH 2002-2006)

Conformément au dispositif de suivi évaluation à partir du taux d'exécution des plans d'action le mode de calcul suivant a été retenu. Ainsi, pour la détermination du taux de réalisation de chaque projet nous avons donné une note à chaque activité selon les critères ci-dessous :

- Activité entièrement réalisé : 2
- Activité réalisée en partie : 1
- Activité non réalisée du tout : 0

Le niveau de réalisation est déterminé par la somme des notes en fonction des activités de chaque projet.

Les résultats obtenus figurent dans le tableau suivant :

**Tableau 6 : Taux de réalisation du PEH**

Projet	Taux de réalisation
Projet médical	46,61%
Projet de soins infirmiers	49,30%
Projet social	81,81%
Projet d'amélioration de la qualité globale des prestations	60,52%
Projet système d'information	70%
Projet de maintenance	77,77%
Projet de gestion	67,95%

Le taux moyen de réalisation des différents projets est de 64,85% , taux appréciable car résultant de la première génération des PEH.

Pour la réalisation de ce PEH en charges (emplois), les résultats obtenus sont dans le tableau suivant.

**Tableau 7 : Taux de réalisation du financement du PEH**

	Prévisions	Réalisations	Taux de réalisation
<b>Investissement</b>			
Génie civil	746 732 164	354 447 283	47,47%
Equipement Médical	1 933 952 121	575 377 243	29,75%
Autres équipements	1 239 398 720	432 061 544	34,86%
<b>Fonctionnement</b>	4 000 636 813	2 081 288 862	52,02%
<b>Personnel</b>	1 076 274 236	827 893 559	76,92%
<b>Total</b>	<b>7 996 994 054</b>	<b>4 271 068 491</b>	<b>53,41%</b>

Source : Document d'évaluation du PEH

Ce taux moyen de 53% s'explique par la faiblesse des réalisations de l'équipement médical par les bailleurs de fonds

Notre cadre d'étude se plaçant dans cette période de grande mutation nous à pousser à prendre les deux dernières années du PEH qui sont les plus récentes dont l'exercice est clos permettant une étude rétrospective plus aisée.

## 5.2– Processus de collecte des données

Après ma présentation au niveau de la Direction, une note circulaire a été adressée à l'ensemble des chefs de services ; la quelle note m'a permis de prendre facilement des contacts avec le personnel pour leur présenter l'objectif de ma recherche en sollicitant leur contribution et en fixant des rendez vous qui ne perturbaient pas le fonctionnement normal de leur service. Facilement, ils ont montré leur disponibilité et leur intérêt en acceptant de partager nos objectifs. J'ai senti nettement leur habitude dans l'encadrement des stagiaires.

Pour le recueil des données, nous avons utilisé les entretiens directs avec le personnel et rarement un questionnaire qu'on avait préparé à cet effet.

Ce processus de collecte des données a nécessité plusieurs séjours à Saint Louis.

Cette collecte des données concernait surtout les deux années choisies pour la recherche et les informations dont on avait besoin reposaient sur les résultats obtenus en consultations, hospitalisations, examens de diagnostics, prescriptions médicales, les ressources humaines et informations financières.

Les sources des données : Les données collectées proviennent des rapports statistiques des services obtenus à partir des registres d'hospitalisation, de consultation, de protocole opératoire, d'examens de laboratoire, d'exploration qui sont souvent tenu par les majors des services. Certaines données au contraire résultent des entretiens que nous avons eu avec certains chefs de services, de l'agent comptable particulier mais surtout avec les Divisions Contrôle de Gestion et de Soins Infirmiers.

En dehors des produits pharmaceutiques, les ressources humaines et financières, l'essentiel des activités se retrouvent dans les rapports suivants :

Tableau : 8 RAPPORT GENERAL DES ACTIVITES 2005

SPECIALITES	NOMBRE DE LITS		Nbre des Entrées	Nbre de Jours entrées	Hj. prise soins	Nbre de Jours des M. sortis	Nombre de Décès	nombre de consultants	nombre de Consultat <sup>n</sup>	Evacuat <sup>n</sup>	TOM	IRL	DM
	Théoriques	Occupés											
Médecine I	32	28	821	4 501	656	4 004	98	2 333	4 290	4	3	13	6
Médecine IV	21	21	623	4 762	529	3 658	84			14	5	19	7
Clinique Poly.	43	20	246	1 573	195	1 204	12	0	0	14	1	7	6
Chirurgie G.	48	30	857	7 074	647	4 186	13	4 841	5 082	0	3	20	7
Chirurgie O.	23	21	638	4 976	461	3 625	10			5	5	20	8
Pédiatrie	48	39	2 690	13 117	2 482	11 999	207	3 152	4 577	16	6	29	5
Réanimation	12	12	1 118	3 224	1 008	2 621	98	1 263	1 263	0	6	22	3
Urgences	8	8	2 033	2 033	1 963	1 963	76	12 243	13 044	2	6	21	1
Psychiatrie	0	0	0	0	0	0	0	735	4 381	0	0	0	0
Neurologie	0	0	0	0	0	0	0	1 681	3 857	0	0	0	0
Ophthalmologie	0	0	0	0	0	0	0	3 590	5 388	0	0	0	0
ORL	0	0	0	0	0	0	0	2 077	2 836	16	0	0	0
GINE	0	0	0	0	0	0	0	255	3 678	0	0	0	0
Dermato	2	2	18	37	18	37	0	627	985	0	0	2	2
Orthopédie	0	0	0	0	0	0	0	519	519	0	0	0	0
Maternité	53	53	2 144	2 598	1 880	2 344	38	5 605	9 567	236	11	49	1
TOTAL	290	234	11 188	43 895	9 839	35 641	636	38 921	59 467	307	11	188	4

**Imagerie totale : 8740 dont**  
Hospitalisés : 1461  
Externes : 7279

**Labo, nombre total :**  
Biochimie : 29691  
Bactériologie : 5542

**Chirurgie, interventions totales : 1971**  
Chirurgie générale : 785  
spécialités : 1185

**Maternité dont acc.normaux : 2197**  
Césariennes : 453

TOM : Taux d'occupation moyen des lits  
IRL : Indice de rotation des lits  
DMS : Durée moyenne de séjour au sein de l'hôpital

**TABLEAU : 9 RECAPITULATIF des activités 2006**

SERVICES	Nbre de lits théoriques	Nbre de lits occupés	Nbre des Entrées	Nbre de J.H Entrées	Hospitalisés sortis	Nbre de J.H des M. sortis	nombre de Décès	nombre de consultants	nombre de Consultation	Evacuation	TOM	IRL	DMS
Médecine I	28	27	835	4 594	562	3 596	110	2 044	6 096	10	47	31	6
Médecine IV	23	21	660	4 665	517	3 466	112	1 165	1 726	10	62	31	7
Clinique Poly.	44	22	108	1 175	431	897	268	10	0	4	15	5	2
Chirurgie G.	48	21	901	5 079	723	4 348	13	9 490	4 944	0	69	44	6
Chirurgie O.	23	22	608	5 038	469	3 934	5			3	64	28	8
Pédiatrie	48	48	2 464	12 576	2 017	11 688	277	2 934	4 282	7	73	51	6
Réanimation	12	12	1 224	2 986	1 089	2 779	116	1 162	1 162	9	69	102	3
Urgences	28	12	1 389	1 389	1 326	1 326	61	7 078	7 963	3	32	116	1
Psychiatrie								706	5 476				
Stomatologie								2 189	3 372				
Ophthalmologie								1 847	2 682				
ORL								4 380	3 072				
KINE								91	1 622				
Dermato	2	2	15	85	15	85	0	743	1 447	0	12	8	6
Orthopédie									154				
Maternité	53	53	1 818	3 081	1 690	2 662	25	4 641	8 211		16	34	2
<b>TOTAL</b>	<b>309</b>	<b>240</b>	<b>10 022</b>	<b>40 668</b>	<b>8 839</b>	<b>34 781</b>	<b>987</b>	<b>38 480</b>	<b>52 209</b>	<b>46</b>	<b>189</b>	<b>42</b>	<b>4</b>

**Nombre d'examens :**

Imagerie	- Radiologie :	10 022
	- Echographie :	1 777
	- ECG :	350
	- Fibroscopie :	398

Laboratoire :	28 365
---------------	--------

- Accouchements normaux :	1 290
- Césariennes :	369

- Nombres d'interventions Chirurgicales :	1 484
- Chirurgie Générale :	522
- Spécialités :	962



**TABLEAU : 10** Statistiques des hospitalisations

Services	2005	2006
Médecine	1144	1495
Chirurgie	1495	1059
Maternité	2144	2464
Pédiatrie	2690	2464
Réanimation	1118	1224
Clinique polyvalente	246	108
urgences	1389	2033
<b>Total</b>	<b>11 188</b>	<b>10 022</b>

Sources : statistiques de l'HRSL

Il faut souligner que la maternité a enregistré respectivement 2197 accouchements normaux et pratiqués 453 césariennes en 2005 contre 1290 accouchements et 369 césariennes en 2006. Le nombre de décès pour 2005 est 636 soit 5,68% des entrées et celui de 2006 s'élève à 987 soit 9,84%, chiffre qui paraît élevé mais qui résulte des évacuations des cas désespérés et tardifs venants des autres structures hospitalières et centres de santé de la Région. L'hôpital lui même a évacué sur Dakar 307 malades en 2005 et 46 en 2006.

**Tableau : 11** Statistiques des journées d'hospitalisation

SERVICES	2005	2006
Médecine	9 283	9 259
Chirurgie	12 050	10 117
Maternité	2 598	3 081
Pédiatrie	13 117	12 576
Réanimation	3 224	2 986
Clinique polyvalente	1573	1 175
Dermatologie	37	85
Urgences	2 333	1 389
<b>TOTAL</b>	<b>43 895</b>	<b>40 668</b>

Source : rapports annuels de l'hôpital 2005-2006

Ces journées d'hospitalisations prennent en compte le séjour des malades hospitalisés et sortis ainsi que celui des malades hospitalisés décédés au sein de l'enceinte de l'hôpital.

*Il faut noter qu'il y a une légère baisse des activités entre 2005 et 2006*

**Tableau 12 : Statistiques des consultations externes**

Année	2005		2006	
	Consultants	Consultations	Consultants	Consultations
Services				
Médecine	2 333	4 290	3209	7822
Polyclinique	0	0	10	10
Chirurgie	4 841	5082	9490	4944
Pédiatrie	3 152	4557	2934	4292
Réanimation	1 263	1263	1162	1162
Psychiatrie	735	4831	706	5476
Stomatologie	1 681	3857	2189	3372

Ophthalmologie	3 590	5388	1847	2682
ORL	2 077	2836	4380	3072
Kinésithérapie	255	3678	91	1622
Dermatologie	627	985	743	1447
Orthopédie	519	519	154	154
Maternité	5 605	9567	4641	8211
Urgences	12 243	13044	7078	7963
<b>Total</b>	<b>38 921</b>	<b>59467</b>	<b>38480</b>	<b>52209</b>

Source : rapports annuels de l'hôpital 2005-2006

La distinction entre consultants et consultations met en exergue deux éléments importants à savoir la qualité de la prise en charge des malades (bon diagnostic et prescriptions adaptées) et la chronicité de certaines pathologies (cardiaques, osseuses ou neurologiques par exemple).

**Tableau 13 : Activités des blocs opératoires pour 2005 et 2006**

Services	2005	2006
Chirurgie générale	762	783
Chirurgie orthopédique	400	451
Gynéco obstétrique	547	528
ORL	81	77
Ophthalmologie	236	235
<b>Total</b>	<b>2026</b>	<b>2074</b>
Programmés	236	240
Exécutés	218	229
Urgences	1572	1605

Source : rapports annuels de l'hôpital 2005-2006

**Tableau 14 : Statistiques des examens des laboratoires de biochimie et bactériologie**

Rubriques	2005	2006
Labo biochimie	29 626	31 876
Labo bactériologie	5 542	3 718
<b>Total</b>	<b>35 168</b>	<b>35 534</b>
Malades hospitalisés	9 475	9 550
Ambulatoires	8 515	8 250
<b>Total</b>	<b>17 990</b>	<b>18 800</b>

Source : rapports annuels de l'hôpital 2005-2006

Il faut noter qu'on peut demander à un malade de faire plusieurs examens pour des fins d'exploration et de diagnostic. Pour ces deux années les malades ont fait en moyenne 2 examens.

Les résultats de certains services d'appui :

- **Cuisine** : Elle prépare trois repas journaliers (petit déjeuner, déjeuner et dîner pour l'ensemble des hospitalisés, le personnel de jour ou de garde pour un nombre variant entre 650 et 700 repas par jour.
- **Le service social** : en rentrant à l'hôpital on trouve à gauche et en face des urgences centralisées, une case ronde couverte en tuile abritant l'antenne du service social qui s'occupe à la fois des indigents, des cas sociaux et des personnes vivant avec le VIH.
- Au niveau de cette même case, se trouve le **bureau d'accueil**, d'orientation et de conseil, ayant mis en place une bonne description et orientation des malades dans l'enceinte de l'hôpital par des panneaux portant les noms des services et des flèches indiquant les directions à suivre. La mobilité des malades en détresse, handicapés ou autres, est facilitée par les fauteuils roulants, les brancards métalliques roulants, les deux ascenseurs d'une capacité d'une tonne en montée comme en descente (16 personnes) situés en bas des blocs opératoires. Dans les salles d'hospitalisations souvent médicalisées, on trouve des lits roulants, ce qui fait qu'on soit au rez de chaussée ou au niveau des étages, les déplacements sont toujours faciles.
- En plus d'une télé centre destiné à faciliter les communications entre malades, accompagnants et leur famille, il y a une boutique de vente des articles divers et surtout une boîte collée aux murs de la case comme un nid d'oiseaux, destinées aux usagers. Cette **boîte à idées** est très importante du fait que les usagers dans l'anonymat peuvent y déposer là des plaintes, des critiques, des suggestions qui permettent à la Direction de l'institution de jauger l'opinion des bénéficiaires en vue de prendre les dispositions utiles pour améliorer continuellement la compréhension et la collaboration entre prestataires et usagers.
- **Utilisation du temps de travail** :

Le travail s'étalant officiellement de 8H à 16 H, est utilisé différemment par le personnel selon qu'on exerce une ou plusieurs activités dans le même service ou bien dans des services divers. Pour déterminer le temps de consultations par exemple, nous nous sommes déplacés dans certains services en nous asseyant avec les malades sur les bancs en suivant les rentrés et les sorties des bureaux de consultations tout en chronométrant le temps mis avant de rencontrer le consultant du jour pour obtenir son opinion. Ce temps de consultation varie entre 10 et 15 minutes. Le temps de travail est scindé entre les consultations, les hospitalisations/interventions chirurgicales, l'encadrement des stagiaires et pour certaines catégories du personnel (Médecins, Sages Femmes, des Infirmiers d'Etats et Techniciens Supérieurs) de dispenser des cours soit à l'Université Gaston Berger de Saint Louis ou au Centre de Formation en Santé qui sont du secteur public, soit à l'Ecole Supérieure de Formation en Santé d'où sortent des Infirmiers d'Etat ou Sages Femmes d'Etat ou dans l'Institut Privé de Formations en Soins Infirmiers qui forme des Infirmiers Brevetés, des Assistants et des Sages Femmes ; ces deux dernières institutions de formation relèvent du secteur privé.

### 5.3 – Les programmes verticaux

La vaccination des femmes enceintes, le VIH/SIDA et la tuberculose sont les 3 programmes du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale qui ont des activités menées en Maternité, en Médecine IV pour les malades tuberculeux et en Hôpital du Jour pour les porteurs du Virus

HIV. L'ONG français ESTHER et les Programmes Nationaux de Lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose s'occupent des porteurs et malades de « ce couple maudit » pour la prise en charge médicale (diagnostic, de traitement des infections opportunistes, utilisation des antirétroviraux, appui nutritionnel), la prise en charge psychosociale et économique (soutien financier pour mener des activités génératrices de revenus). L'immunisation des parturientes au vaccin antitétanique est faite en collaboration avec le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

En ce qui concerne ces 3 programmes de santé publique mis en œuvre au sein de l'institution, les 2 derniers de ces programmes bénéficient de l'appui au niveau national à travers le Programme National de Lutte Contre le SIDA et celui de la Lutte Contre la Tuberculose ainsi qu'à l'apport d'une ONG française ESTHER basée à LILLE qui a permis à l'hôpital du jour d'avoir des appareils modernes (un FACS-Count pour la numération, un Cell-Dyn 3200 pour les CD4 et Bp144 pour la Biochimie). L'hôpital du jour a une capacité de 6 lits. Il assure avec l'aide du service social le dépistage, la prise en charge médicale contre les infections opportunistes, les antirétroviraux, le suivi sérologique et tout cela gratuitement. Pour les tuberculeux, ils sont suivis en médecine et leur traitement est fourni à travers la pharmacie de l'hôpital régional par le Programme National de Lutte Anti tuberculose.

#### **Les tarifs pratiqués au sein de l'hôpital :**

Ils sont de trois ordres suivant que le patient paye de lui-même ou qu'il relève d'une assurance privée ou de l'Etat. Les tarifs sont affichés dans tous les services et cela pour l'ensemble des services. Ce qui permet aux usagers d'avoir toutes les informations sur les tarifs pratiqués sans trop de déplacement.

Pour les médicaments, ils sont obtenus à partir des commandes établies en fonction des besoins des services et de la disponibilité financière et cela mensuellement sauf en cas de ruptures de quelques molécules de grandes consommations. Une fois payés au niveau de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), les produits pharmaceutiques sont reçus et contrôlés par une commission de réception qui établit son procès verbal de réception après vérification. Ces médicaments sont stockés dans les rayons de la pharmacie pour être repartis en deux : une partie est destinée aux services internes et la seconde partie pour la vente aux ambulatoires. La première partie est fournie aux services, aux cas sociaux, aux vieux (plan SESAME), aux personnels.

Pour ce qui est des médicaments prescrits aux malades ambulatoires et qui n'ont pas été achetés dans l'enceinte de l'hôpital, nous avons bénéficié de la collaboration des urgences centralisées de l'hôpital où nous avons placé un document comportant trois parties : un numéro d'ordre, le prix des médicaments achetés au point de vente de l'hôpital et le montant de ceux payés en dehors de l'hôpital. Ces prix sont souvent écrits sur l'ordonnance ou fournis par l'interrogatoire du patient venu demander l'utilisation des produits au médecin prescripteur. Nous considérons que tous les médicaments prescrits sont achetés par les malades.

#### 5.4-Identification des domaines d'activités de l'hôpital

Etant une structure de référence, l'hôpital mène en dehors de ses activités habituelles d'hospitalisation, de consultation, des activités de prévention, d'encadrement, de formation et de recherche. Pour ses activités d'admissions on relève :

**Tableau 15 : Activités ambulatoires et hospitalières 2005 et 2006**

Activités	2005	2006
Hospitalisations	11 188	10 022
Journées d'hospitalisations	43 895	40668
Consultants	38 921	38 480
Consultations	59 467	52 209
Urgences	1 389	2 033
Evacués	307	46
Nombre de décès	636	987

Pour les activités ambulatoires, les statistiques des consultations donnent 31 921 consultants pour 59 467 consultations en 2006 contre 38 480 consultants en 2006 ayant nécessité 52 209 consultations.

#### 5.5- Evaluation des dépenses de santé de l'hôpital en 2005 et en 2006

Les dépenses étant faites globalement et non par service par manque de comptabilité analytique nous à poussé à utiliser des clés de répartition fondée sur le personnel à partir desquelles nous avons établi des pourcentages avec l'accord de la comptabilité de l'hôpital. Les charges totales, les produits et leurs résultats figurent au tableau suivant :

**Tableau 16 : Les dépenses de santé en 2005 et 2006**

Rubriques	2005	2006
Charges	1 592 413 698	1 931 109 790
Produits	1 394 977 070	1 584 539 979
Résultats nets	-197 436 628	-346 569 811

Dans les produits, les recettes propres générées par l'hôpital se chiffrent à 496 776 841 FCFA en 2005 et 516 354 274 FCFA en 2006. Le reste des produits est fournit par l'Etat, le Conseil Régional de Saint Louis et les partenaires. Les détails seront en annexe dans les tableaux 17A et B.

Les dépenses salariales :

Les dépenses salariales se repartissent en deux catégories :

Les fonctionnaires de l'Etat qui n'émargent pas en matière de salaire au niveau de l'hôpital, le montant de leur rémunération s'élève en 2005 à 219 085 000 FCFA. Ce même montant est retenu pour 2006 du fait de la non variation de l'effectif et de la masse salariale.

Les contractuels de l'hôpital dont :

- Les Médecins pour la somme de : 25 825 646 FCFA
- Le personnel soignant : 44 353 250 FCFA
- Le personnel stagiaire : 20 773 000 FCFA

- Personnel de soutien : 66 310 556 FCFA
- Le personnel temporaire : 45 398 000 FCFA

Pour les deux catégories confondues, la masse salariale pour 2006 est de : 421 737 452 FCFA. N'ayant pas obtenu l'état détaillé des salaires en 2005, nous disposons d'un montant de 517.472 567 FCFA qui est la somme des salaires, des différentes indemnités et motivations du personnel au cours de l'exercice.

## 5.6– Analyse et limites des données

L'analyse des données a consisté à s'assurer de la complétude des informations recueillies et de faire les recoupements et les vérifications nécessaires des données recueillies. Après examen approfondi des données récoltées, il a été constaté que certaines données étaient partielles ; d'autres n'étaient pas présentées avec les détails et précisions exigés par notre recherche. Généralement, les données sont disponibles même si elles ne répondent pas complètement à nos besoins d'étude.

Pendant la collecte des données, nous avons eu des difficultés pour les dépenses faites au cours de la période de notre recherche qui sont globales et non par service ; ce qui nous a amené à proposer des clés de répartition des charges en se fondant sur l'effectif par service auquel nous avons donné des pourcentages tout en affectant arbitrairement à chaque service le montant des dépenses qui nous pousse à lui revenir voir Annexes 7 et 8. Pour la distribution des prestations réalisées pendant la période considérée en interne et externes, il nous a fallu des recherches particulières au niveau des blocs opératoires pour combler nos besoins en informations. Sur le plan global les données existent mais elles sont sujettes à des archivages inadaptés, au mouvement du personnel (changement de poste, départ, retraite) et aux pannes de certains ordinateurs dont les disques durs sont enlevés ou remplacés.

Pour se rassurer de la qualité et de la complétude des données recueillies, nous avons procédé à des recoupements que nous avons effectués entre les services, l'agent comptable particulier et le service de contrôle de gestion.

Pour les médicaments dont leur prix ne sont pas inclus dans le forfait journalier pour les hospitalisés et n'ayant d'informations sur les médicaments payés à l'extérieur de l'hôpital, nous avons en collaboration avec les services des urgences centralisées à l'aide d'un document préparé à cet effet mis en évidence que le montant déboursé était 7 fois supérieur aux médicaments de l'Initiative de Bamako. Il faut ajouter que tous les dons en médicaments ne sont pas valorisés et sont distribués gratuitement aux cas sociaux, aux vieux et au personnel ainsi que matériel pour lequel on prend soins seulement d'inscrire la provenance ou le nom du donateur.

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

## Chapitre 6 : Présentation et interprétation des résultats

Dans ce chapitre seront présentés et analysés les sources de financement, les agents de financement, les prestataires, les fonctions, la dépense courante de santé et la consommation médicale totale entre 2005 et 2006.

Les données sur les dépenses de l'hôpital obtenues pour la période de recherche choisie sont en mesure d'être traitées en vue de leur répartition pour la formation des différents agrégats. Elles ont permis d'aboutir à la détermination des dépenses de santé pour les années 2005 et 2006 du premier projet d'Etablissement de l'Hôpital Régional de Saint Louis. L'interprétation des données pour la formation des agrégats reposent réellement sur celles qui sont disponibles à partir des activités qui ont été réalisées pendant les deux années considérées.

Les résultats auxquels nous avons abouti, nous permettent de déterminer les éléments des comptes de santé de l'institution et procéder à leur analyse et interprétation. Ces éléments sont :

- les prestataires qui ont produit les services de santé ou fourni les biens médicaux ;
- les agents de financement qui ont concouru à la couverture financière de ces dépenses de santé ;
- les sources de financement qui ont donné les ressources aux agents de financement
- les agrégats des comptes de la santé que sont la dépense courante de santé et la consommation médicale totale ;
- l'établissement des comptes de la santé de l'EPS de Saint Louis ;

### **6.1 – Les sources de financement**

Définies comme les ressources mobilisées pour les agents de financement en vue de leur utilisation par les prestataires pour l'achat de leur production en biens et services en faveur des usagers, leur provenance est soit du secteur public ou de secteur privé.

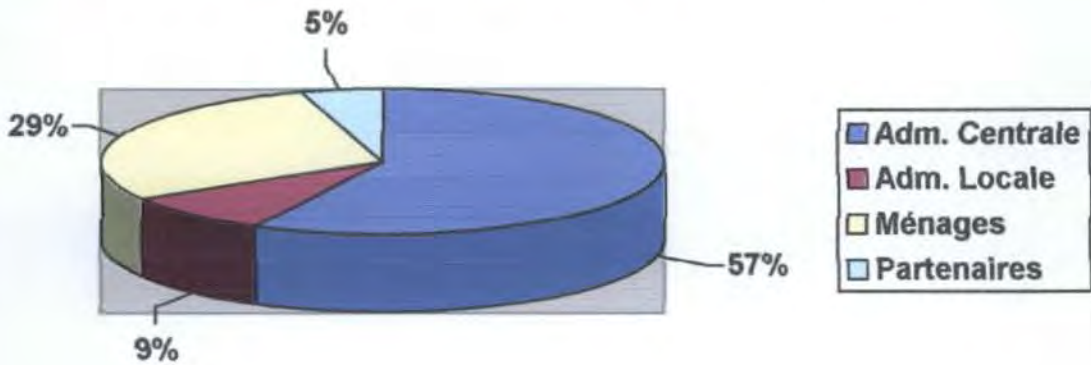
Les sources de financement de l'HRSL sont constituées du budget de l'Etat provenant de l'Administration Centrale, du budget local pour l'Administration locale et les fonds d'origine privée.

En 2005, les sources de financement ont permis les dépenses qui sont couvertes par :

✓ L'Administration Centrale pour : 802 940 802 FCFA	} = 927 940 802 FCFA montant public
✓ L'Administration Locale : 125 000 000 FCFA	
✓ Payement des ménages : 402 331 409 FCFA	} = 467 036 268 FCFA montant privé
✓ Partenaires (ONG) : 64 704 859 FCFA	

En faisant la sommation des deux montants public et privé on obtient : **1 394 977 070 FCFA ;**

**Graphique 1: Sources de Financement en 2005**



Les sources publiques regroupent l'administration centrale pour le montant de 802 940 802 FCFA et la somme de 125 000 000 FCFA mobilisée par l'administration locale alors que la dominante privée reste les ménages dont l'apport avoisine les 29% du total dont le reste est fourni par les partenaires.

**Graphique 2 : Sources de financement selon leur origine en 2005**



En 2006, on retrouve les mêmes sources de financement avec une augmentation de la part de l'Administration Centrale et des ménages suivi au contraire avec une régression de celle des partenaires alors que la contribution de l'Administration Locale n'a pas bougé.

✓ L'Administration centrale pour	: 1 040 796 066 FCFA	} = 1 165 796 066 FCFA (public)
✓ L'Administration locale	: 125 000 000 FCFA	
✓ Paiement des ménages	: 405 756 515 FCFA	} = 418 743 913 FCFA (privé)
✓ Partenaires	: 12 987 398 FCFA	



Les montants privé et public donnent : 1 584 539 979 FCFA soit une progression de 13 ,58% par rapport à l'année 2006.



**Tableau 17 : Situation globale des sources de financement en 2005 et 2006**

Sources de financement	Montant		Pourcentage	
	2005	2006	2005	2006
Sources Publiques	927 940 802	1 165 996 066	66,52	73,58
Budget Ad. Centrale	802 940 802	1 040 796 066	86,52	89,26
Budget Ad. Locale	125 000 000	125 000 000	13,48	10,74
Sources privées	467 036 268	418 743 913	33,48	26,42
Ménages	402 331 409	405 756 515	86,14	96,89
Partenaires	64 704 859	12 987 398	13,86	3,11
<b>TOTAL</b>	<b>1 394 977 070</b>	<b>1 584 539 979</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## 6.2 – Identification des agents de financement

Il s'agit de lister les agents qui fournissent directement des ressources aux prestataires leur permettant de produire des biens et services au bénéfice des usagers et de déterminer la contribution de chacun dans le financement de l'hôpital. Ceux qui ont participé au financement sont :

- ✓ Le Ministère de la Santé
- ✓ Les collectivités locales (Conseil Régional de Saint Louis)
- ✓ Les Régimes d'assurances (CSS, IPM)
- ✓ Les ménages
- ✓ Les bailleurs (tiers ou partenaires extérieurs)

Il faut rappeler que les dépenses de l'hôpital sont faites globalement sans tenir compte des services, mais les montants fournis par chaque agent de financement en 2005 et 2006 figurent au ci-dessous.

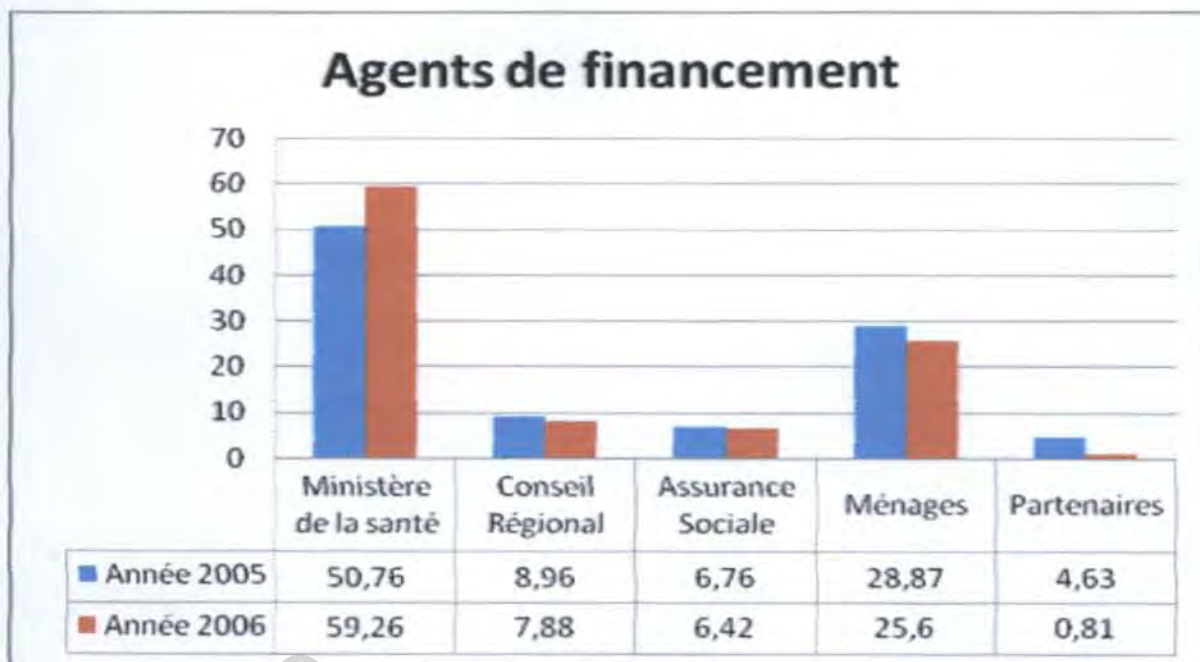
**Tableau 18 : Situation des agents de financement en 2005 et 2006**

<b>Agents de financement</b>	<b>2005</b>	<b>%</b>	<b>2006</b>	<b>%</b>
Ministère Santé	708 125 370	50,76	939 017 181	59,26
Conseil Régional	125 000 000	8,96	125 000 000	7,88
Assurances sociales(IPM)	94 368 900	6,76	101 778 885	6,42
Ménages	402 777 941	28,87	405 756 515	25,60 <sup>1</sup>
partenaires	64 704 859	4,63	12 987 398	0,81
<b>Total</b>	<b>1 394 977 070</b>	<b>100</b>	<b>1 584 539 979</b>	<b>100</b>

En observant ce tableau on note que près de 60% du financement de l'institution est assuré par la subvention du Ministère de la santé pour les salaires des agents de la fonction publique, pour la motivation et pour l'investissement. Si on y ajoute la part des collectivités locales, la proportion revenant au secteur public est prépondérante. Le dépouillement montre que les ménages contribuent à plus du quart aux dépenses de santé de l'hôpital.

Les médicaments vendus sur ordonnances ont coûté les sommes respectives de 107 615 270 FCFA en 2005 et de 107 498 529 FCFA en 2006. Pratiquement le montant n'a pas varié entre les deux années.

Concernant les programmes du Ministère de la Santé en cours à l'hôpital du fait que les prestations ne sont pas payantes pour les bénéficiaires malgré qu'il y a toujours derrière quelqu'un qui supporte leurs coûts, il nous a été impossible d'évaluer leur valeur sauf pour le programme SIDA ou ESTHER a contribué pour une proportion inférieure à 1% du montant global.



Ce graphique montre que le Ministère de la Santé et les ménages sont les deux gros agents de financement de l'hôpital ; à eux deux, ils totalisent près de 80% d'apport en ressources en 2005.

L'apport des partenaires n'étant que de 12 987 398 FCFA soit 4,63%.

La contribution du conseil Régional restant invariable, le Ministère et les ménages maintiennent la même allure quand 2006 alors que la part des partenaires est en baisse de plus de 20%.

Entre 2005 et 2006, on relève une augmentation de l'ordre de 189 562 909 FCFA soit 13,58%. En plus des deux grandes sources de financement que sont l'administration publique et les ménages, on enregistre la contribution des assurances et des partenaires respectivement de 6,42% et de 0,81% en 2006 alors que proportions étaient de 6,76% et 4,63% en 2005.

### 6.3 – Les prestataires de services

La détermination des acteurs (prestataires), indique ceux qui produisent les soins de santé et les biens médicaux en contre partie desquels ils obtiennent leur rémunération. Leur liste est la suivante :

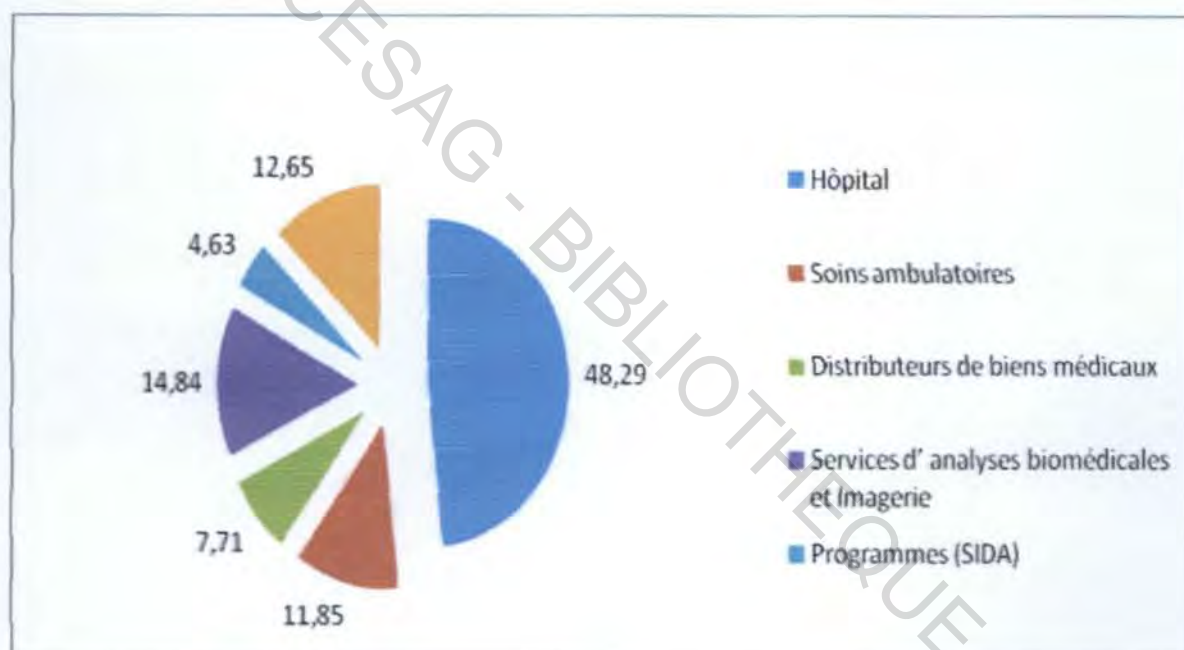
- ✓ Hôpital (services d'hospitalisations)
- ✓ Les bureaux de consultations ou cabinets de consultations
- ✓ Les services d'analyses biomédicales et imagerie
- ✓ Les distributeurs de biens médicaux
- ✓ Les programmes de santé publique
- ✓ L'administration de l'hôpital

En se basant sur les données des états financiers 2005 et 2006, nous pouvons dresser la situation des prestataires et le résultat de leurs prestations au niveau du tableau suivant :

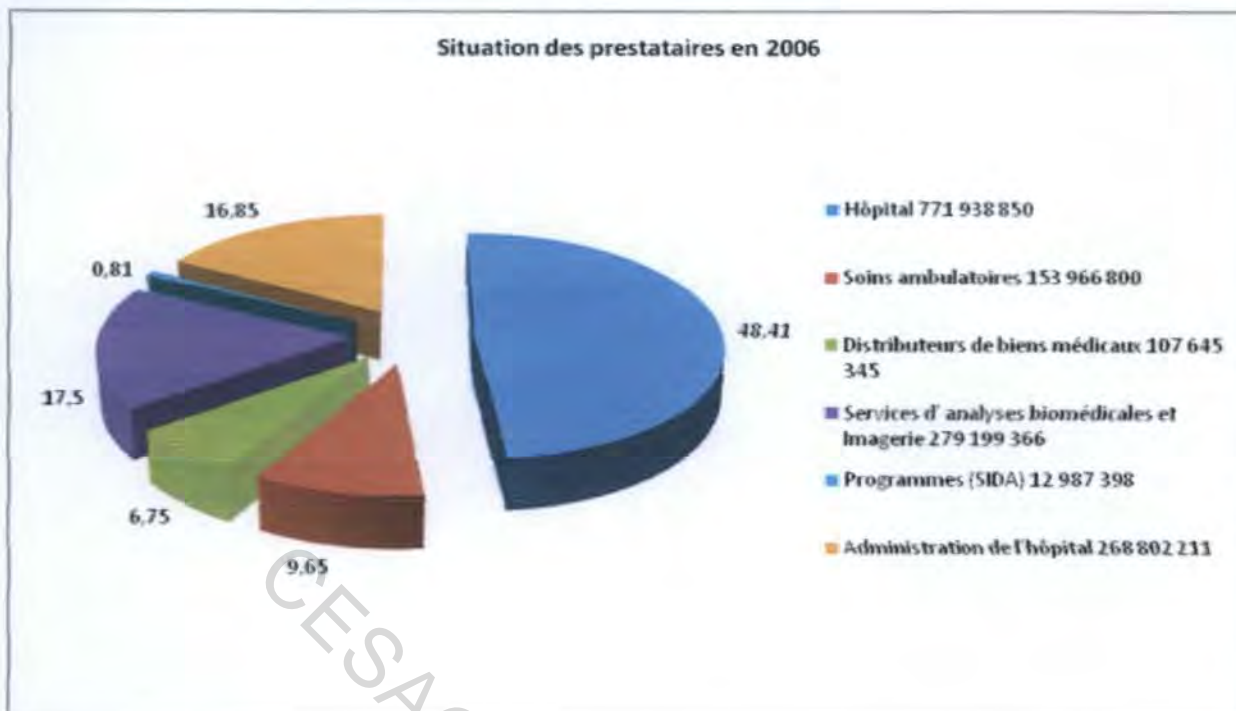
**Tableau 19** : Situation des prestataires en 2005 et 2006

Prestataires	Année 2005		Année 2006	
	Montant	%	Montant	%
Hôpital (hospitalisation)	673 735 073	48,29	771 938 850	48,41
Soins ambulatoires(consultations externes)	165 320 400	11,85	153 966 800	9,65
Distributeurs de biens médicaux	107 615 270	7,71	107 645 345	6,75
Services d'analyses biomédicales et Imagerie	207 018 525	14,84	279 199 366	17,50
Programmes (SIDA)	64 704 859	4,63	12 987 398	0,81
Administration de l'hôpital	176 592 943	12,65	268 802 211	16,85
<b>TOTAL</b>	<b>1 394 987 070</b>	<b>100</b>	<b>1 594 539 970</b>	<b>100</b>

**Graphique 5** : Les prestataires en 2005



**Graphique 6 : Les prestataires en 2006**



L'observation du tableau et des deux graphiques relatifs à la production des biens et services par les acteurs met en relief les proportions suivantes pour :

A- L'année 2005

1. L'hôpital : 48,29
2. Les bureaux de consultations ou cabinets de consultations : 11,85
3. Les services d'analyses biomédicales et imagerie : 14,48
4. Les distributeurs de biens médicaux : 7,71
5. Les programmes de santé publique : 4,63
6. L'administration de l'hôpital : 12,65

Avec 48,29%, l'hôpital respecte son caractère hospitalier pour orienter presque la moitié de ses ressources pour les admis de l'institution.

B- En 2006, une certaine amélioration de ces proportions est remarquée sauf pour les programmes ou leur contribution se situe en deçà de 1% du montant global. Voici les % de 2006.

1. L'hôpital : 48,41
2. Les bureaux de consultations ou cabinets de consultations : 9,65
3. Les services d'analyses biomédicales et imagerie : 17,50
4. Les distributeurs de biens médicaux : 6,75
5. Les programmes de santé publique : 0,81
6. L'administration de l'hôpital : 16,85

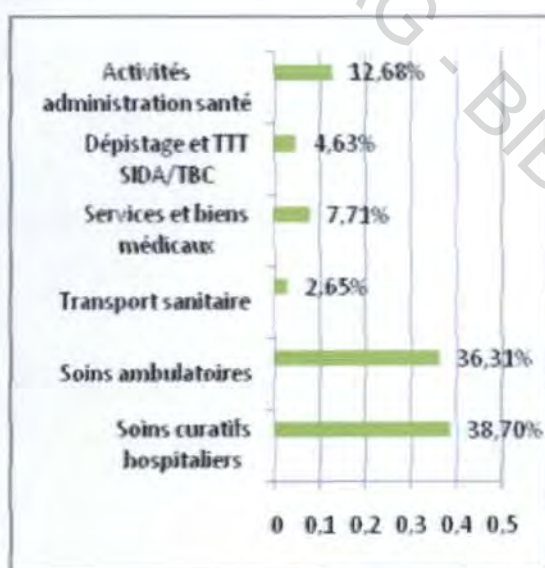
En comparant les prestataires au cours de la période on constate une stagnation de la part de l'hôpital (14%°) et des distributeurs de services et biens médicaux (7%°, une régression de celle des cabinets de consultations (de 11,85 à 9,65%° et des programmes de santé publique (de 4,63 à 0,81%°) tandis que l'administration est en hausse de près de 4 points.

## 6.4 – Les fonctions

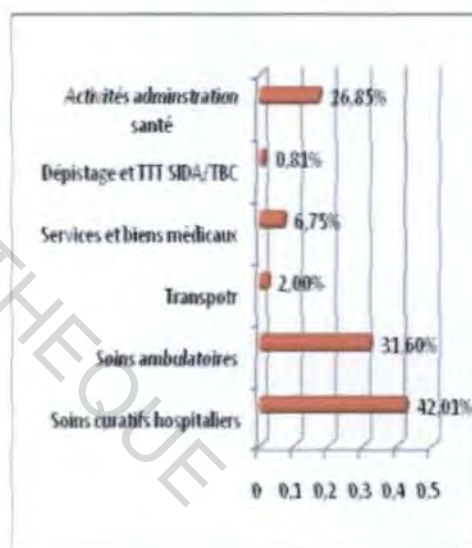
L'ensemble des activités dévolues aux prestataires de soins et biens médicaux fournies aux bénéficiaires en contrepartie des paiements réalisés par les agents de financement, constitue les fonctions. Elles reposent en 2005 et 2006 sur :

Année	2005	2006
Soins curatifs hospitaliers	38,70%	42,01%
Soins ambulatoires	36,31%	31,60%
Transport sanitaire	2,65%	2,00%
Distribution services et biens med.	7,71%	6,75%
Dépistage et TTT SIDA/TBC	4,63%	0,81%
Activités administration santé	12,68%	16,85
<b>Total :</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Graphique 7 :** Situation des fonctions en 2005



**Graphique 8 :** en 2006



Les deux graphiques précédentes donnent les tendances des fonctions entre 2005 et 2006. Elles reflètent la même tendance que celle des prestataires de services se fondant sur les mêmes éléments d'interprétations et aboutissant à des résultats similaires.

## CHAPITRE 7 : Les Agrégats des comptes de Santé de l'EPS de Saint Louis

Ayant les prestataires, les agents de financements et les sources de financement, on est en mesure d'établir les agrégats des comptes de santé de l'Hôpital Régional de Saint Louis tout en considérant les programmes de santé publique du Ministère de la Santé comme représentant de la médecine préventive.

### 7.1 – La dépense courante de santé en 2005 et 2006

La Dépense courante de santé : il faut le rappeler, mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé. Elle regroupe l'ensemble des paiements intervenus au cours d'une année dans le domaine de la santé. Elle représente la somme des dépenses engagées pour l'ensemble des financeurs du système de santé qui sont : l'Etat, la sécurité sociale, les collectivités locales, les organismes de protections (risque maladie, mutuelles, sociétés d'assurances privée, les IPM), les ménages et les partenaires. Elle se compose des éléments suivants :

- Les dépenses pour les malades qui est la sommation des soins et biens médicaux plus les subventions
- Les dépenses de préventions
- Les dépenses de fonctionnement de l'hôpital (coût de gestion)

**Le tableau 20** : Composition de la DCS de l'hôpital :

Rubriques	Montant		%	
	2005	2006	2005	2006
<b>Dépenses pour les malades (1)</b>	<b>1 106 507 542</b>	<b>1 280 629 326</b>	<b>79,33</b>	<b>80,31</b>
- Soins médicaux	272 935 670	261 612 145	24,67	20,42
- Subventions à l'hôpital	833 571 902	1 019 017 181	75,33	79,58
<b>Dépenses de prévention (2)</b>	<b>64 704 859</b>	<b>12 987 398</b>	<b>4,63</b>	<b>0,81</b>
<b>Dépenses de fonctionnement (3)</b>	<b>223 494 669</b>	<b>438 923 246</b>	<b>16,04</b>	<b>18,88</b>
<b>Dépense courante de santé (1)+(2)+(3)</b>	<b>1 394 707 070</b>	<b>1 594 539 970</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Ce tableau de la dépense courante de santé permet de relever une augmentation en valeur entre 2005 et 2006. Les dépenses pour malade et pour le fonctionnement ont légèrement progressé contrairement à la dépense de soins qui a fortement chuté.

### 7.2 – La consommation médicale totale en 2005 et 2006

Elle diffère de la précédente par l'exclusion des indemnités journalières, les dépenses de prévention collective et couvre un concept moins large que celui de la dépense de santé. Elle prend en compte :

1. La consommation de soins et biens médicaux (hospitaliers, ambulatoires, médicaments et autres biens médicaux).
2. La médecine préventive

Voir tableau ci-dessous :

**Tableau 21** : Consommation médicale totale en 2005 et 2006

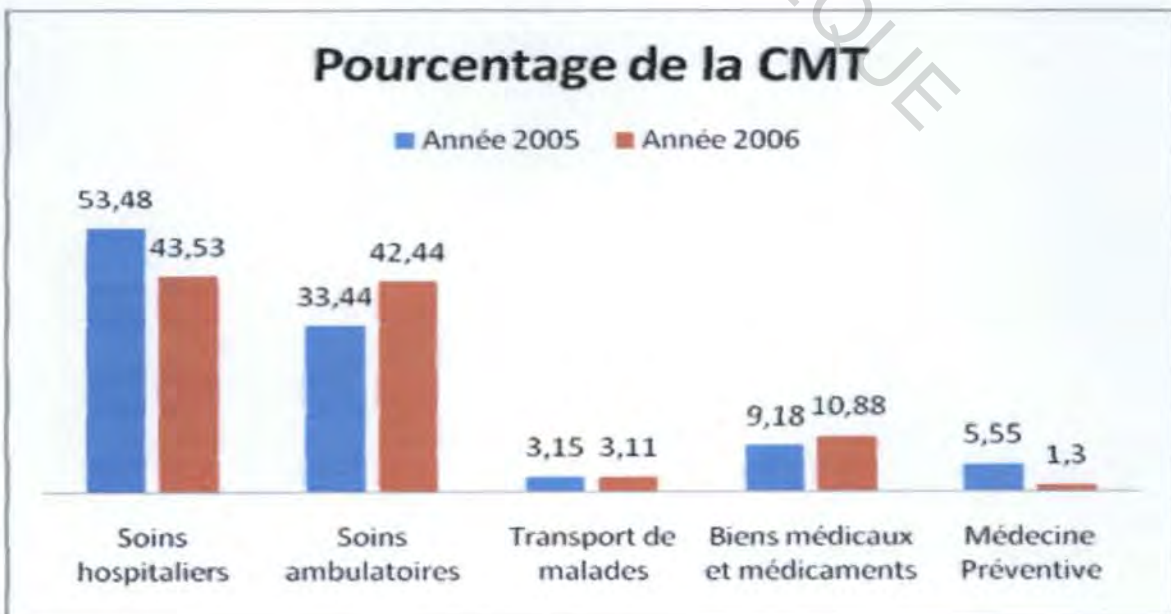
Rubriques	Montant		%	
	2005	2006	2005	2006
<b>Consommation médicale totale</b>	<b>1 171 212 401</b>	<b>1 003 809 002</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<i>Consommation de soins et biens médicaux</i>	<i>1 106 507 542</i>	<i>990 821 604</i>	<i>94,45</i>	<i>98,70</i>
<b>Soins hospitaliers</b>	<b>591 780 675</b>	<b>431 384 979</b>	<b>53,48</b>	<b>43,53</b>
<b>Soins ambulatoires</b>	<b>370 117 341</b>	<b>420 551 124</b>	<b>33,44</b>	<b>42,44</b>
- Soins de médecins	124 216 676	109 302 989	33,56	26
- Soins infirmiers	32 670 100	30 240 156	8,82	7,19
- Analyses labo.+ Imagerie	207 018 525	279 199 366	55,93	66,38
- Autres soins ambulatoires	6 212 040	1 808 613	1,67	0,43
<b>Transport de malades</b>	<b>36 994 229</b>	<b>31 240 156</b>	<b>3,15</b>	<b>3,11</b>
<b>Biens médicaux et médicaments</b>	<b>107 615 297</b>	<b>107 645 345</b>	<b>9,18</b>	<b>10,88</b>
<i>Médecine préventive</i>	<i>64 704 859</i>	<i>12 987 398</i>	<i>5,55</i>	<i>1,3</i>

Ce tableau présente les pourcentages suivants :

	En 2005	2006
Soins hospitaliers :	53,48%	43,53%
Soins ambulatoires :	33,44%	42,44%
Transport de malades :	3,15%	3,11%
Biens médicaux et médicaments :	9,18%	10,88%
Médecine préventive :	5,55%	1,3%

L'observation de ces pourcentages dénote un certain désintéressement des soins hospitaliers au profit des soins ambulatoires qui procureraient plus facilement de revenus propres à l'institution.

**Graphique 9** : Pourcentage de la CMT en 2005 et 2006





Entre 2005 et 2006 les soins hospitaliers ont accusé une baisse de l'ordre de 10 points contrairement aux soins ambulatoires qui sont en hausse dans les mêmes proportions. La dépense pour les malades occupe la première place pour les deux années se situant entre 40 et 55% des montants totaux. En dehors de la dépense pour les malades vient en deuxième position les dépenses en soins ambulatoires. Les autres éléments de la consommation médicale totale n'ont pas connu de variations significatives.

### 7.3 – Analyse des résultats

L'analyse des résultats donne :

- a) Une augmentation des avoirs de l'hôpital de 199 552 900 FCFA entre 2005 et 2006 soit 14,30% malgré une légère baisse des consultations et hospitalisations en 2006. Cette hausse résulte de la progression de certaines activités génératrices de revenu telles que le laboratoire et l'imagerie médicale.
- b) La consommation médicale totale a connu une chute de 14,29% pendant la période ;
- c) Les soins ambulatoires contrairement à la consommation totale marque une progression de 9 points par rapport à 2005 ;
- d) Le laboratoire et l'imagerie ont entre 2005 et 2006 enregistré une hausse de 34,86%. Cela est dû à l'amélioration du taux d'investigation surtout pour les malades ambulatoires en 2006.
- e) Le transport sanitaire et les services et biens médicaux n'ont pas connu des changements significatifs.
- f) La médecine préventive est la seule qui a subi une réduction importante allant de 5,55% de la somme totale à 1,3% entre les deux années de la recherche.

Pour les activités on note :	2005	2006
• Pour les hospitalisations	11 188	10 022
• Consultations	59 467	52 209
• Journées d'hospitalisation	43895	40 668
• Examens de Laboratoire	35 168	35 534
• Imagerie médicale	8740	12 547

Les trois premières prestations sont en diminution tandis que les examens de laboratoires et d'imagerie progressent pendant la période.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## I – Conclusion

L'hôpital Régional de Saint Louis est un Etablissement Public de Santé depuis le 27 Août 1999. Il a élaboré et exécuté son premier Projet d'Etablissement Hospitalier qui couvrait la période 2002- 2006. Ce projet a été évalué et l'Institution est en phase d'élaboration du nouveau PEH. Il participe activement dans la prestation des soins de santé à la population du Sénégal en général, de celle de la région de Saint Louis en particulier. Etant l'hôpital le plus ancien d'Afrique Occidentale Française et du Sénégal, il tire des avantages historiques et continue à se maintenir et à s'épanouir par la création de nouvelles spécialités et l'humanisation des salles d'hospitalisation. Il fait parti du premier peloton des structures hospitalières du Sénégal en matière de réforme hospitalière. C'est la structure de référence des 2 hôpitaux ( N'Dioum et Ourossogui), de quatre centres de santé, de 17 cabinets médicaux et de 2 cliniques de la Région. Cependant, il est confronté à des difficultés de financement du fait de déficit enregistré chaque année. Ses prestations médicales qui ont une progression soutenue, ont légèrement diminué entre 2005 et 2006, période de notre recherche malgré la progression ascendante de 2002 à 2006.

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

Pour les dépenses de santé entre 2005 et 2006, la part du secteur public a légèrement progressé en passant de 59,75% à 64,30% entraînant une réduction équivalente dans la participation du privé.

Pour le secteur privé : la contribution des ménages n'a presque pas changé entre les deux années alors que celle des partenaires a drastiquement diminué passant de 11,52% à 2,29% tandis que les assurances privées prennent une allure contraire en passant de 16,80% en 2005 à 25,95%.

Etant un Etablissement Public de Santé, on remarque que le financement est assuré globalement par des sources publiques (Administration Centrale ou locale) à la hauteur de 60% et privées dont les ménages fournissent plus de 70% des 40% restants.

Les tarifs des prestations étant apparemment élevés, la contribution des mutuelles au financement de l'Hôpital Régional de Saint Louis est nulle.

Dans la dépense courante de santé, la part des dépenses pour les malades s'est maintenue à 80% contrairement à la prévention qui enregistre moins de 1% alors qu'elle dépassait 4% en 2005.

Quant à la consommation médicale totale, nous pouvons remarquer que les soins hospitaliers ont baissé en 2006 par rapport à 2005 au profit des soins ambulatoires et de diagnostics courants.

La santé pour tous est un des objectifs que se fixe le pays. Dans ce cadre et conformément à l'orientation fixée par la réforme hospitalière en cours, l'Etat doit garantir l'accès aux soins. Il doit veiller au maintien des tarifs à un niveau acceptable tant pour le prestataire que pour le

bénéficiaire des services. Les usagers doivent participer aux dépenses d'hospitalisation et des soins ambulatoires. Les secteurs public et privé sont complémentaires dans la fourniture des prestations de santé.

## **II – Recommandations**

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

### *Pour l'hôpital :*

- de poursuivre ses efforts de réduction du déficit pour équilibrer ses comptes voir créer une trésorerie pour éviter de nuire certains de ses fournisseurs et maintenir leur confiance ;
- de mettre en place un service d'archives pour rendre disponible l'ensemble des rapports, statistiques, documents administratifs etc.. et faciliter la recherche tout en améliorant la continuité de l'administration ;
- de créer une bibliothèque pour assurer la formation initiale des stagiaires et continue pour le personnel de l'établissement. En plus, elle facilitera la recherche ;
- de tenir les statistiques sanitaires en fonction de leurs natures et des services concernés au niveau des hospitalisations et des actes ambulatoires.
- de mettre en place la comptabilité analytique qui pourrait facilement donner par exemple les informations sur la production et la consommation par service ;
- de renforcer le service social qui est très fonctionnel en augmentant son budget pour soulager les populations pauvres qui ont surtout besoins des prestations de l'hôpital;
- de valoriser les dons d'équipement, de mobilier (surtout neuf) et de médicaments
- de continuer la création de nouvelles spécialités (neurologie, cardiologie, urologie, d'infectiologie, néonatalogie...) pour répondre aux besoins des usagers tout en réduisant les évacuations sanitaires vers Dakar ;
- de renouveler son équipement vieillissant et parfois vétustes pour se conformer aux nouvelles exigences des bénéficiaires tant en matière de diagnostic, que de traitement ;

*Pour le conseil Régional :* de renforcer sa contribution financière qui ne varie pas depuis des années.

### *L'Etat :*

- bailleur en matière de financement dans divers domaines (salarial, motivations, investissements, fonctionnement...) de renforcer sa participation en fournissant la subvention à temps ;

- d'assurer le recrutement et l'affectation des spécialistes et autres cadres au niveau des structures sanitaires de l'intérieur dont les besoins restent encore énormes

CESAG - BIBLIOTHEQUE

# ***ANNEXES***

CESAG-BIBLIOTHEQUE

## **ANNEXES**

### **Annexe 1- Classification des prestataires**

**Hôpitaux généraux**

**Hôpitaux nationaux**

**Hôpitaux régionaux**

**Hôpitaux privés et cliniques à but non lucratif**

**Hôpitaux privés et cliniques à but lucratif.**

**Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes**

**Prestataires de soins ambulatoires**

Postes de santé publics

Cabinets médicaux privés

Postes et centres de santé privés à but non lucratif

Centres de santé publics

Services d'analyses biomédicales et d'imagerie

Services d'ambulance

Banque de sang et d'organes

Autres prestataires de soins ambulatoires : tradithérapeutes

**Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux**

Pharmacies

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

Détaillants et autres distributeurs d'appareils auditifs

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

Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux durables

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

**Fournitures et gestion de programmes de santé publique**

Programme de la santé maternelle et infantile

Programme de vaccination

Programme de prévention des maladies non transmissibles

Programme de prévention des maladies transmissibles

Service de médecine scolaire

Service de médecine du travail

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

**Administration générale de la santé et de l'assurance maladie**

Administration publique de santé

Régimes de sécurité sociale

Autres régimes d'assurance privés

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

Autres prestataires de services de santé (reste du monde)

**Institutions fournissant des services sanitaires connexes**

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

Institutions de recherche

Autres institutions fournissant des services sanitaires connexes

**Reste du monde**

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

## **Annexe 2 - Classification des fonctions de santé.**

### **Soins curatifs**

Services de soins curatifs en milieu hospitalier général public

Services de soins curatifs en milieu hospitalier général privé

Services de soins curatifs en milieu hospitalier psychiatrique et pour toxicomane

### **Soins curatifs ambulatoires**

Services médicaux et diagnostics courants

Soins dentaires ambulatoires

Autres soins ambulatoires spécialisés

Soins à domicile

Soins de la médecine traditionnelle

### **Services et biens médicaux**

Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires

Produits médicaux et autres biens non durables

Médicaments délivrés sur ordonnance

Médicaments en vente libre

Autres biens médicaux non durables

Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables

Lunetterie et autres produits d'optique

Appareils orthopédiques et autres prothèses

Appareils auditifs

Appareils médico – techniques

Autres biens médicaux durables, y compris fauteuils roulants

Autres biens durables

### **Laboratoires d'analyses médicales**

### **Imagerie diagnostique**

### **Transports sanitaires et secours d'urgence**

### **Autres services auxiliaires**

Soins de réadaptation

Services de prévention et de santé publique

Santé maternelle et infantile

Vaccination

Prévention des maladies non transmissibles

Prévention des maladies transmissibles

Médecine scolaire

Médecine du travail

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

### **Administration générale et assurance maladie**

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

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

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

Administration de la santé et assurance maladie : assurance sociale

Administration de la santé et assurance maladie : autres organismes privés

Administration de la santé et assurance maladie : mutuelles de santé

### **Formation de capital des établissements prestataires de soins de santé**

Education et formation du personnel médical et paramédical

Recherche et développement dans le domaine de la santé.

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

### **Annexe 3 - Classification des agents de financement.**

#### **Secteur public**

Administration publique

Administration centrale

Régime d'assurance maladie des fonctionnaires y c IPRES

Ministère de la Santé

Ministère de l'Education Nationale

Ministère de la Défense

Autres

Administration collectivités locales

Sociétés et entreprises parapubliques (hors assurance sociale)

#### **Secteur privé**

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

Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale)

Mutuelles de santé

Versements directs des ménages privés

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

Sociétés et entreprises privées (hors assurance maladie)

**Reste du monde.**

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

### **Annexe 4- Classification des sources de financement.**

#### **Sources publiques**

Budget de l'administration centrale

Budget de l'administration locale

#### **Sources privées**

Cotisations aux programmes d'assurance sociale publics et privés

Hôpitaux d'entreprises

Ménages

**Reste du monde**

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



**Annexe 5**

**Section exploitation-Recettes**

	<b>2006</b>	<b>2005</b>
IPM	101 778 885	94 368 900
Chirurgie Gle	9 992 600	6 912 100
Chirurgie Ortho	10 001 600	5 062 100
Bloc Opérateur	21 827 500	25 218 500
Clinique Polyv	8 583 000	12 541 000
Ophtalmo	11 765 100	5 062 100
ORL	6 617 000	2 362 720
Mternité	33 802 200	29 381 700
Médecine	13 995 900	11 579 000
Néphrologie	0	0
Psychiatrie	5 660 500	6 632 100
Urgences centralisées	23 787 500	27 146 200
Radiologie	50 693 600	30 445 200
Stomatologie	2 262 300	3 826 700
Pédiatrie	18 501 050	18 654 450
Anesthésie réanimation	14 215 400	3 751 100
Dermatologie	1 866 900	1 245 200
Laboratoire	45 546 175	31 764 000
Autres produits	93 961 305	61 119 241
<b>S/T groupe 1</b>	<b>474 858 515</b>	<b>377 074 316</b>
Vente médicaments IB		
Vente médicaments à la pharmacie	107 745 345	107 615 270
<b>S/T groupe 2</b>	<b>107 745 345</b>	<b>107 615 270</b>
Subventions et dotations publiques		
Etat	427 818 885	432 258 314
Conseil Régional	125 000 000	125 000 000
Total	<b>552 818 885</b>	<b>557 258 314</b>
Subventions publiques affectées	219 085 000	219 085 000
Subventions au titre personnels affectés (Commune)	69 239 311	69 239 311
Subvention au titre d'investissement		
<b>SOUS TOTAL GROUPE 3</b>	<b>841 143 196</b>	<b>845 582 625</b>
Partenaires, dons et legs		
Subventions d'exploitation versées par les organismes internationaux		
Autres dons et legs en nature	147805525	
Subventions d'exploitation versées par les organismes internationaux	12 987 398	64 704 859
Total	160 792 923	64 704 859
<b>SOUS TOTAL GROUPE 4</b>	<b>160 792 923</b>	<b>64 704 859</b>
<b>TOTAL GROUPE 1 à 5</b>	<b>1 584 539 979</b>	<b>1 394 977 070</b>

### Annexe 6

Repartition des charges en 2005

A titre d'exercice, nous présentons ici une ébauche fondée sur les données disponibles d'une analyse des coûts par service d'hospitalisation.  
Une amélioration du système d'information permettrait de préciser cette analyse

Charges/nature	Montant	Adm	Sces gnrx	services médicaux prestataires						
				Sces médico Techniqueq	Médecine	Chirur	Maternité	Pédiatrie	spécialités	Urgences
<i>Cpte 604</i>		14,74%	17,89%	7,89%	8,95%	11,05%	10,00%	5,53%	15,00%	8,95%
Médiaments et pdts IB	60 470 866			60 470 866						
Réactifs labo	0									
Matériel médico chirurgic.	0					0				
Produits dentaires	0								0	
Produits sanguins	0									
Denrées alimen taires	0									
Cardurants et gaz médicaux	171 084 445		171 084 445							
Produits d'entretien	14 140 358		14 140 358							
Fournitures médicales	0									
Fournitures bureau + imprimés	23 129 369	23 129 369								
<i>CPte 605</i>										
Eau	28 869 921		28 869 921							
Electricité	76 903 896		76 903 896							
Autres (variation stock)	-8 225 108									
<i>Cpte 611</i>										
Transport sur achats	483 840		483 840							
<i>Copte 62</i>										
Service ext A										
Entretien et réparation	53 445 468		53 445 468							
Publicité, publication, relation	11 683 358	11 683 358								
Poste et télécommunication	26 316 182	26 316 182								
<i>Copte 63</i>										
Service ext B										
Frais, commissions, formations...	97 437 561	97 437 561								
Autres(taxes +impôts)	144 406 796	144 406 796								
<i>Cpte 65 Charges diverses</i>	1 600 000	1 600 000								
<i>Cpte 66 charges de personnel</i>										

Charges/nature	Montant	Adm	Sces gnrx	Sces médico	Médecine	Chirur	Maternité	Pédiatrie	spécialités	Urgences
Personnel Médecins	33 831 195				6 986 142	6 986 143	6 986 144	6 986 145	6 986 146	6 986 147
Personnel de soutiens	107 238 505	38 991 920	47 356 524	20 890 061						
Personnel Soignant	67 709 675				13 982 048	15 458 119	6 770 968	3 744 345	10 156 451	6 060 016
Personnel Stagiaires	27 589 800				5 697 294	6 298 751	5 098 595	3 147 996	4 138 470	2 469 287
Personnel contractuel	30 281 076				6 253 042	6 913 170	5 595 943	3 455 071	4 542 161	5 595 943
Prime d'intéressement	132 061 100	19 465 806	23 625 731	10 419 621	11 819 468	14 592 752	13 206 110	7 302 979	19 809 165	11 819 468
Autres primes et indemnités	169 750 824	25 021 271	30 368 422	13 393 340	15 192 699	18 757 466	16 975 082	9 387 221	19 354 725	15 192 699
Cpte 68 Dotation aux amortss.	322 204 571	47 492 954	57 642 398	25 421 941	28 837 309	35 603 605	32 220 457	17 817 913	48 330 686	28 837 309
	1 592 413 698	435 545 218	503 921 003	130 595 828	88 768 002	104 610 005	86 853 299	51 841 669	113 317 804	76 960 869
					20,65	22,83	18,48	11,41	8,15	18,48
					89 940 087	99 434 973	80 488 756	49 695 709	35 496 935	80 488 756
					104 059 687	115 045 165	93 124 601	57 497 386	41 069 562	93 124 601
					26 968 039	29 815 028	24 134 109	14 900 984	10 643 560	24 134 109
					220 967 813	244 295 166	197 747 467	122 094 080	87 210 057	197 747 467
					309 735 815	348 905 171	284 600 765	173 935 749	200 527 861	274 708 336

NB: Les calculs des dépenses sont faites à partir des effectifs par services rapportés à l'effectif total de l'hôpital multiplié par 100  
 Les pourcentages du bas du tableau ne concernent que les services médicaux.

## Annexe 7 : répartition des charges en 2006

Repartition des charges en 2006

Charges/nature	Montant	Adm	Sces gnrx	Sces médico Techniqueq	services médicaux prestataires					
					Médecine	Chirur	Maternité	Pédiatrie	spécialités	Urgences
<i>Cpte 604</i>		14,74%	17,89%	7,89%	8,95%	11,05%	10,00%	5,53%	15,00%	8,95%
Médiaments et pdts IB	134 331 245			134 331 245						
Réactifs labo	24 689 986			24 689 986						
Matériel médico chirurgic.	15 676 640				15 676 640					
Produits dentaires	120 000								120 000	
Produits sanguins	1 139 000			1 139 000						
Denrées alimen taires	93 704 042		93 704 042							
Cardurants et gaz médicaux	64 748 409		64 748 409							
Produits d'entretien	18 593 099		18 593 099							
Fournitures médicales	9 410 146			9 410 146						
Fournitures bureau + imprimés	40 784 782	40 784 782								
<i>CPte 605</i>										
Eau	25 968 712		25 968 712							
Electricité	74 173 972		74 173 972							
Autres	13 297 439		13 297 439							
<i>Cpte 611</i>										
Transport sur achats	113 430 123		113 430 123							
<i>Copte 62</i>										
Service ext A										
Entretien et réparation	45 591 105		45 591 105							
Publicité, publication, relation	13 765 346	13 765 346								
Poste et télécommunication	21 672 286		21 672 286							
<i>Copte 63</i>										
Service ext B										
Frais, commissions, formations...	11 436 362	11 436 362								
Autres		23 556 081								
<i>Cpte 65 Charges diverses</i>		7 889 276								
<i>Cpte 66 charges de personnel</i>										
Personnel Médecins	26 188 218				5 407 867	5 978 770	4 839 583	2 988 076	2 134 340	4 839 583
Personnel de soutiens	82 989 005	30 174 802	36 647 945	16 166 258						
Personnel Soignant	52 407 604				10 822 170	11 964 656	9 684 925	5 979 708	4 271 220	9 684 925

Personnel Stagiaires	21 365 500				4 411 976	4 877 744	3 948 344	2 437 804	1 741 288	3 948 344
----------------------	------------	--	--	--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Charges/nature	Montant	Adm	Sces gnrx	Sces médico	Médecine	Chirur	Maternité	Pédiatrie	spécialités	Urgences
Peronnel contractuel	53 863 000				11 122 710	12 296 923	9 953 882	6 145 768	4 389 835	9 953 882
Prime d'intéressement	235 835 759	34 762 191	42 191 017	18 607 441	21 107 300	26 059 851	23 583 576	13 041 717	35 375 364	21 107 300
Autres primes et indemnités	390 705 289	57 589 960	69 897 176	30 826 647	34 968 123	43 172 934	39 070 529	21 606 002	58 605 793	34 968 123
Cpte 68 Dotation aux amortss.	345 222 711	50 885 828	61 760 343	27 238 072	30 897 433	38 147 110	34 522 271	19 090 816	51 783 407	30 897 433
	<b>1 931 109 780</b>	<b>239 399 270</b>	<b>681 675 668</b>	<b>262 408 796</b>	<b>118 737 579</b>	<b>158 174 628</b>	<b>125 603 111</b>	<b>71 289 891</b>	<b>158 421 246</b>	<b>115 399 591</b>
					<b>20,65</b>	<b>22,83</b>	<b>18,48</b>	<b>11,41</b>	<b>8,15</b>	<b>18,48</b>
				239 399 270	55 929 415	61 833 828	50 052 087	30 903 372	22 073 837	50 052 087
				681 675 668	140 766 025	155 626 555	125 973 663	77 779 194	55 556 567	125 973 663
				262 408 796	54 187 416	59 907 928	48 493 146	29 940 844	21 386 317	48 493 146
					<b>250 882 857</b>	<b>277 368 311</b>	<b>224 518 896</b>	<b>138 623 409</b>	<b>99 016 721</b>	<b>224 518 857</b>
					369 620 436	435 542 940	350 122 007	209 913 300	257 437 967	339 918 411

CESAG - BIBLIOTHEQUE

A titre d'exercice, nous présentons une ébauche basée sur les données disponibles du financement de l'hôpital selon l'approche des CNS. Des informations plus précises permettront de finaliser cette présentation.

**Annexe 8 : Sources de financement X Agents de financement en 2005**

	Sources publiques		Sources privées			Reste monde	TOTAL	%
	Budget administratif centrale	Budget administratif locale	Entreprises privées	Institutions à but non lucratif	Ménages			
<b>1. Secteur public</b>	<b>808571902</b>	<b>125000000</b>					<b>833571902</b>	<b>59,75</b>
- Administration publique							808571902	97,00
Régimes d'assurance maladie des fonctionnaires y c IPRES								
Ministère de l'éducation								
- Administration collectivités locales							125000000	3,00
<b>2. Secteur privé</b>			<b>47184450</b>		<b>449515859</b>	<b>64704859</b>	<b>561405168</b>	<b>40,25</b>
- Régimes d'assurance des employés (CSS, IPM) et sociétés d'assurance privées			47184450		47184450		94368900	16,80
- Versements directs des ménages privés					402331409		402331409	71,66
- Institutions sans but lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)								
<b>Le reste du monde (ONG Esther)</b>						<b>64704859</b>	<b>64704859</b>	<b>11,54</b>
<b>TOTAL</b>	<b>808571902</b>	<b>125000000</b>	<b>47184450</b>		<b>449515859</b>	<b>64704859</b>	<b>1394977070</b>	
<b>Pourcentage</b>	<b>57,94</b>	<b>1,79</b>	<b>3,41</b>		<b>32,22</b>	<b>4,67</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Annexe 9 : Agents de financement X prestataires en 2005**

	Secteur publique			Secteur privé			Total	%
	Administration centrale	Administration des collectivités locales	Régimes d'assurances des employés (CSS,IPM,)	Versements directs des ménages	ONG Esther			
Régime d'assurances des fonctionnaires (IPRES)	Administration publique							
<b>Hôpital général</b>		329 937 941	125 000 000	94 368 900	402 331 409	64 704 859	1 016 343 109	72,85
<b>Prestataires de soins ambulatoires et de diagnostics courants</b>		165 320 400			365 337 180		365 337 180	26,53
Cabinets de médecins					124 216 676		124 216 676	0
Centre de soins ambulatoires					32 670 100		32 670 100	0
Soins à domicile								
Masseurs - kinésithérapeutes							54 675 487	
Autres prestataires		29 106 248			1 431 879		1 732 608	
Laboratoire d'analyses					156 325 025		156 325 025	
Imagerie					50 693 500		50 693 500	
Service de transport sanitaire					36 994 229		36 994 229	2,65
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux		107 615 270					107 615 270	7,71
Fourniture et gestion de programme de santé publique							64 704 859	4,63
Administration générale de la santé		176 592 070					176 592 070	16,60
<b>Total</b>		<b>808 571 902</b>	<b>125 000 000</b>	<b>94 368 900</b>	<b>402 331 409</b>	<b>64 704 859</b>	<b>1 394 987 070</b>	<b>0</b>
<b>%</b>	<b>0</b>	<b>50,81</b>	<b>8,96</b>	<b>6,76</b>	<b>28,84</b>	<b>4,63</b>	<b>100</b>	

**Annexe 10 : Prestataires X Fonctions en 2005**

	Hôpital général	Prestataires de soins ambulatoires et de diagnostics courants	Distributeurs de biens médicaux	Fourniture et gestion des programmes de santé publique	Administratio n et gestion de la santé	Total	%
<b>Soins curatifs en milieu hospitalier</b>	539 873 684		0	0	0	539 873 684	38,70
<b>Soins curatifs ambulatoires</b>		469 206 958				469 206 958	36,31
Consultations		124 216 676				124 216 676	0
Soins infirmiers		32 670 100				32 670 100	0
Soins à domicile		54 675 487				54 675 487	0
Soins de réadaptation		44 414 130				44 414 130	0
Autres prestations		6 212 040				6 212 040	0
Actes de laboratoire		156 325 025				156 325 025	0
Actes d'imagerie		50 693 500				50 693 500	0
Transport sanitaire		36 994 229				36 994 229	2,65
<b>Services et biens médicaux</b>			107 615 270			107 615 270	7,71
<b>Dépistage et traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose</b>				64 704 859		64 704 859	4,63
<b>Activités d'administration de la santé</b>					176 592 070	176 592 070	12,68
<b>Total</b>	539 873 684	506 620 187	107 615 270	64 704 859	176 592 070	1 394 987 070	
<b>Pourcentage</b>	38,70	36,31	7,71	4,60	12,68	100	



**Annexe 11 : Sources de financement X Agents de financement en 2006**

	Sources publiques		Sources privées			Reste monde	TOTAL	%
	Budget administration centrale	Budget administration locale	Cotisations aux programmes assurance publics et privés	Institutions à but non lucratif	Ménages			
<b>1. Secteur public</b>	<b>939 017 181</b>	<b>125 000 000</b>					<b>1 029 017 172</b>	<b>64,53</b>
- Administration publique								
Régimes d'assurance maladie des fonctionnaires y c IPRES								
- Administration collectivités locales		125 000 000					125 000 000	
<b>2. Secteur privé</b>			<b>101 778 885</b>		<b>405 756 515</b>	<b>12 987 398</b>	<b>565 522 798</b>	<b>35,47</b>
- Régimes d'assurance des employés (CSS, IPM) et sociétés d'assurance privées			101 778 885				146 778 885	
- Versements directs des ménages privés					405 756 515		405 756 515	
- Institutions sans but lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)				9 999 990			9 999 990	
<b>Le reste du monde</b>						12 987 398	12 987 398	
<b>TOTAL</b>	<b>939 017 181</b>	<b>125 000 000</b>	<b>101 778 885</b>	<b>9 999 990</b>	<b>405 756 515</b>	<b>12 987 398</b>	<b>1 594 539 970</b>	<b>100</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>58,89</b>	<b>7,88</b>	<b>6,38</b>	<b>0,62</b>	<b>25,44</b>	<b>0,79</b>	<b>100</b>	

**Annexe 12 : Agents de financement X prestataires en 2006**

	Secteur publique			Secteur privé			Reste du monde (ONG ESTHER)	Total	%
	Administration centrale		Administration n des collectivités locales	Régimes d'assurances des employés (CSS,IPM,)et Sociétés d'assurances	Versement s directs des ménages	Institutions à but non lucratif (hors assurances)			
	Régime d'assurance s des fonctionnai res (IPRES)	Administration publique							
Hôpital général		762 425 111	125 000 000	101 778 885	36 521 210	9 999 990		1 035 725 196	46,16
Prestataires de soins ambulatoires et de diagnostics courants					369 235 305			369 235 305	31,60
Cabinets de médecins					77 880 133			77 880 133	0
Centre de soins ambulatoires					30 240 156			30 240 156	0
Soins à domicile					25 989 840			25 989 840	
Autres prestataires					1 808 613			1 808 613	
Laboratoire d'analyses					45 546 175			45 546 175	
Imagerie					50 693 500			50 693 500	
Service de transport sanitaire					31 240 156			31 240 156	2,00
Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux					107 645 345			107 645 345	6,75
Fourniture et gestion de programme de santé publique							12 987 398	12 987 398	0,81
Administration générale de la santé		176 592 070						176 592 070	12,68
<b>Total</b>		<b>939 017 181</b>	<b>125 000 000</b>	<b>101 778 885</b>	<b>405 756 515</b>	<b>9 999 990</b>	<b>12 987 398</b>	<b>1 594 539 970</b>	<b>100</b>
%	<b>0</b>	<b>58,88</b>	<b>7,83</b>	<b>6,38</b>	<b>25,44</b>	<b>0,66</b>	<b>0,81</b>	<b>100</b>	

**Annexe 13 : Prestataires X Fonctions en 2006**

	Hôpital général	Prestataires de soins ambulatoires et de diagnostics courants	Distributeurs de biens médicaux	Fourniture et gestion des programmes de santé publique	Institution à but non lucratif (hors assurance)	Administration et gestion de la santé	Total	%
<b>Soins curatifs en milieu hospitalier</b>	756 560 652	36 521 210			9 999 990	125 000 000	808 768 3111	42,01
<b>Soins curatifs ambulatoires</b>		369 235 305					369 235 305	31,60
Consultations		77880 133					77 880 133	0
Soins infirmiers		30 240 156					30 240 156	0
Soins à domicile		25 989 840					25 989 840	
Autres prestations		1 808 613					1 808 613	
Actes de laboratoire		45 546 175					45 546 175	
Actes d'imagerie		50 693 500					50 693 500	
<b>Transport sanitaire</b>		31 240 156					31 240 156	2,00
<b>Services et biens médicaux</b>		107 645 345	107 645 345				107 645 345	6,75
<b>Prise en charge VIH/SIDA et Tuberculose</b>				12 987 398			12 987 398	0,81
<b>Activités d'administration de la santé</b>						176 590 070	176 590 070	16,85
<b>Total</b>	<b>756 560 652</b>	<b>405 756 515</b>	<b>107 645 345</b>	<b>12 987 398</b>	<b>9 999 990</b>	<b>301 590 070</b>	<b>1 594 539 970</b>	<b>100</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>42,01</b>	<b>33,56</b>	<b>6,75</b>	<b>0,81</b>		<b>16,85</b>	<b>100</b>	

## BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

**BAIL, Jean Noël** : La prise en compte du temps dans l'évaluation en santé. Collections : journées d'Economie de la santé : 2002.

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

**CMT Eco - santé, Régions et départements**, 2006.

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

**Comptes nationaux de la santé : 1994-1995-1996**, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997.

**Conseil Régional de Saint Louis** : situation sanitaire de la région, 2005.

**DRAME Amara** : Contribution à l'élaboration des comptes de la santé d'une structure hospitalière : cas de l'hôpital de Saint Jean de Dieu (Thiès).

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

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

**Etats financiers** : 2000-2006 de l'Hôpital Régional de Saint Louis.

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

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

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

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

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

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

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

**LABOURDETTE André** – Economie de la santé 1<sup>ère</sup> édition PUF, 1988.

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

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

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

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

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

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

**Manuel sur le SCS de l'OCDE**, 1993.

**OCDE**, Statistiques et tableaux, avril 2005.

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

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

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

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

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

**Rapport Annuels des activités** : de 2005-2006 de l'Hôpital Régional de Saint Louis.

**Reforme hospitalière** : Présentations des Lois et Décrets, 2000.

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

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

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

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

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

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

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

**Oh Hôpital, tu es vraiment ancien  
Et pourtant tu tiens bien  
Tu te moques du temps  
En te tournant en avant  
C'est encore saint et ça luit  
C'est ça Saint Louis**

CESIO BIBLIOTHEQUE