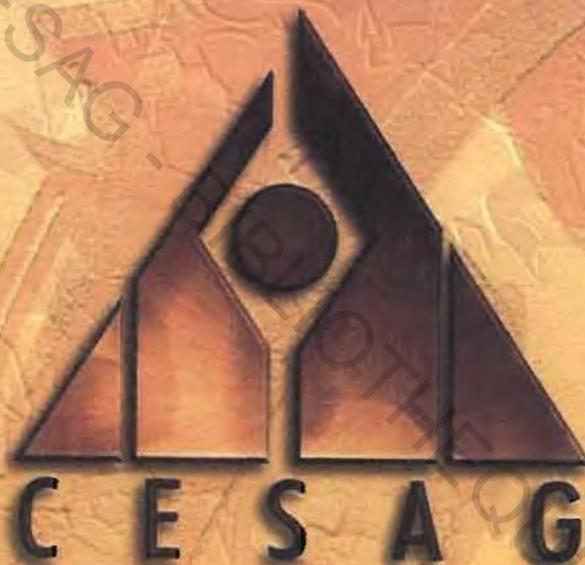


INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE

DESS ECONOMIE DE LA SANTE
10ème Promotion

THEME :

**DECENTRALISATION ET FINANCEMENT DE LA SANTE AU
SENEGAL : L'ANALYSE DES DEPENSES DES COLLECTIVITES
LOCALES DANS LE CADRE DU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE
SANTE**



Présenté Par :

Sérigne DIOUF

Janvier 2009

Directeur de mémoire :

Dr Elhadji GUEYE Chef de
Département Economie de la Santé

Maître de stage :

M. Arona MBENGUE Economiste
de la Santé à la CAFSP /MSP

DEDICACES

Je dédie ce mémoire :

- A Allah le tout puissant et au prophète Mohamed paix et Salut sur lui.
- A ma très chère mère et mon très cher père rappelés à Dieu respectivement le 31 janvier 2003 et le 14 février 2005 à Niakhar. Vous m'avez inculqué dès le bas âge l'amour du travail, avoir des parents comme vous est une chance que tout garçon aimerait s'offrir. Il m'est très difficile de trouver les mots justes pour vous exprimer ce que vous représentez pour moi. La seule chose que je regrette c'est que vous n'avez pas récolté les fruits de votre semence comme je l'ai toujours souhaité.

Que la terre de Niakhar vous soit légère et Dieu le tout puissant vous accueille dans son paradis !

- A mon oncle Amad DIOUF et à ma tante Diodio DIOUF sa femme. Après avoir mesuré la portée de votre soutien, je formule toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude envers vous.
- A ma femme adorée Néné SARR, pour toute l'assistance multiforme dont j'ai bénéficiée auprès de vous.
- A tous les membres de ma famille et à mes amis avec qui nous avons partagé joies et peines.
- A tous mes collègues du CEM Scat Urban, vous êtes formidables.
- A mon beau frère Diokel SARR pour toute la confiance en ma personne et le respect que tu m'as toujours témoigné.
- A Monsieur Amadou Yoro NDIAYE du Ministère de l'information et le doyen Mamadou COULIBALY du Ministère de la Santé pour m'avoir soutenu dans mes projets.
- A tous mes camarades de promotion pour avoir partagé une année de complicité dans le travail et pour l'ambiance qui a régné entre nous tout au long de la formation.

REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement :

- ❖ L'Ambassade de Belgique et toute l'équipe de la Coopération Technique Belge pour avoir financé cette formation.
- ❖ Docteur El hadji GUEYE, Chef de Département Economie de la Santé, pour avoir accepté d'encadrer ce travail en dépit de ses multiples occupations . Vos conseils et vos observations ne m'ont pas fait défaut.
- ❖ Docteur Aboubacry FALL coordinateur de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) pour m'avoir accepté comme stagiaire dans son service.
- ❖ Toute l'équipe de la CAFSP particulièrement à Monsieur Arona MBENGUE qui malgré ses différentes occupations m'a toujours suivi pour la réalisation de ce travail.
Les efforts inestimables que vous avez consentis ainsi que vos conseils, durant tout mon stage à la CAFSP ne sont nullement négligeables. Vos enseignements ont porté leurs fruits dans ce travail.
- ❖ Le principal du CEM Scat Urbam pour avoir donné toujours son avis favorable à mes sollicitations, vous êtes plus qu'un collaborateur. Votre abnégation ainsi que vos orientations ne cessent de faire accroître l'amour que j'ai pour les études. Merci infiniment.
- ❖ Les enseignants du CESAG, particulièrement ceux de l'Institut Supérieur de Management de la Santé (ISMS) pour la qualité de l'encadrement et les enseignements reçus.
- ❖ Le personnel administratif du CESAG, particulièrement Dr Amani KOFFI Directeur de l'Institut de Management de la Santé et Mmes Fatou GUEYE et Aissatou LO.

Sigles et abréviations

ADM : Agence de Développement Municipal

BM : Banque Mondiale

CAFSP : Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat

CDSMT : Cadre de Dépense Sectoriel à Moyen Terme

CMS : Commission Macroéconomie et Santé

CNS : Comptes Nationaux de la Santé

CRDI : Centre de Recherche de Développement International

DAGE : Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement

DISC : Décentralisation et Initiatives de Santé Communautaire

DNS : Dépense Nationale de Santé

DSS : Décentralisation des Services de Santé

DSRP : Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté

EDS : Enquête Démographique et Santé

ESAM : Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages

FDD : Fonds de Dotation de la Décentralisation

FE : Fonds d'Équipement

IPM : Instituts de Prévoyance Maladies

MSP : Ministère de la Santé et de la Prévention

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDIS : Programme de Développement Intégré de la Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PIC : Plans d'Investissement Communaux

PLD : Plan Local de Développement

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNB : Produit National Brut

PNDL : Plan National de Développement Local

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNIR : Programme National d'Investissement Rural

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

SCA : Stratégie de Croissance Accélérée

SSP : Soins de Santé Primaires

UNICEF : Fonds des Nations Unis pour l'Enfance

Liste des tableaux

Tableaux	Titres	Pages
Tableau 1	Tableau de croisement Sources de financement / Agents de financements	Page 60
Tableau 2	Tableau de croisement Agents de financement/ Prestataires de soins	Page 61
Tableau 3	Tableau de croisement Agents de financement/ Fonctions de la santé	Page 62
Tableau 4	Situation des sources de financement	Page 63
Tableau 5	Identification des prestataires de soins	Page 67
Tableau 6	Situation des fonctions de la santé	Page 70

Liste des graphiques

Graphiques	Titres	Pages
Graphique 1	Répartition des sources de financement selon leurs origines	Page 64
Graphique 2	Répartition des fonds propres par type de collectivités locale	Page 64
Graphique 3	Répartition des fonds su reste du Monde	Page 65
Graphique 4	Répartition des fonds de l'administration centrale par type de collectivité locale	Page 66
Graphique 5	Répartition du Montant total des ressources par type de collectivité locale	Page 66
Graphique 6	Répartition des fonds par types de prestataires	Page 67
Graphique 7	Répartition des fonds au niveau des prestataires et par type de collectivité locale	Page 68
Graphique 8	Répartition de la dépense totale de santé par type de fonction	Page 70
Graphique 9	Répartition de la dépense totale de santé par type de fonction selon les collectivités locales	Page 72

SOMMAIRE

Introduction	4
Chapitre I : Présentation du problème et objectifs	8
I-1 Contexte et justification	9
I-2 Problématique et objectifs	15
I-3 L'intérêt de l'étude	18
Chapitre II : Définition des concepts et revue de la littérature	19
II-1 Le cadre d'analyse de la décentralisation	20
II-1-1 Le concept de décentralisation	20
II-1-2 Définition de certains termes liés à la décentralisation	21
II-1-3 Les conditions nécessaires à une décentralisation	22
II-1-4 Etat des connaissances :	24
II-2 Le rôle des différents acteurs de la décentralisation	33
II-2-1 Le rôle de l'Etat	34
II-2-2 Le rôle des collectivités locales	36
II-2-3 Le rôle des populations locales	37
II-2-4 Le rôle des prestataires de services de santé	38
II-2-5 Le rôle des partenaires au développement	39
II-3 Les structures d'appui aux collectivités locales	40

II-3-1 L'Agence de Développement Municipal (ADM)	40
II-3- 2 Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS)	41
II-3- 3 Le Programme National de Développement Local (PNDL) :	42
Chapitre III : Cadre d'étude	44
III-1 Le contexte socioéconomique et administratif du Sénégal	45
III-2 Le contexte démographique.....	46
III-3 Le contexte sanitaire	47
III-3-1 L'organisation du système de santé	47
III-3-2 La politique de santé du Sénégal.....	49
Chapitre IV : Méthodologie de la recherche	51
IV-1 Outils de la recherche	52
IV-1-1 Définition et Présentation des CNS.....	52
IV-1-2 Les acteurs du financement de la santé (les principales catégories d'entités)	54
IV-1-3 Classification et codification des différentes catégories d'entités :	54
IV-2 L'analyse documentaire	55
IV-3 La population d'étude et échantillonnage	55
IV-4 La collecte des données	55
IV-5 Traitement des données	56
IV- 6 Les difficultés rencontrées	57

Chapitre V : Présentation, analyse et interprétation des résultats .. 58

V-1 Présentation des résultats:	59
V-2 L'analyse et interprétation des résultats:	63
V-2-1 Les sources de financement :	63
V-2-2 Les agents de financement:	66
V-2-3 Les prestataires de soins	67
V-2-4 Les fonctions de la santé.....	70

Chapitre VI : Conclusion et recommandations 74

VI-1 Conclusion	75
VI-2 Recommandations	76

Références bibliographiques 79

Annexes 82

Annexe 1: Questionnaire destinés aux collectivités locales dans le cadre de l'élaboration des CNS...83	
Annexe 2: Indicateurs de l'état de santé au Sénégal.....90	
Annexe 3 : Les indicateurs issus des CNS.....92	

CESAG BIBLIOTHEQUE

Introduction

Le financement de la santé, des prestations médicales en particulier préoccupe l'ensemble des acteurs de la santé. Après l'indépendance, le financement de la santé par l'Etat était un mécanisme collectif de partage des risques liés à la maladie à l'échelle nationale. En effet, la quasi- totalité des pays africains adoptèrent la politique de l'Etat de providence pour tous les secteurs de l'économie. Cette vision de la gestion des affaires, héritée de la colonisation, se concevait dans le contexte de l'opulence relative et l'euphorie suite à la liberté récemment acquise.

Mais l'environnement socio-économique a radicalement changé. Dix ans plus tard on vit les difficultés de la première grande sécheresse dans les pays du sahel dont l'économie repose sur l'agriculture. Le premier choc pétrolier de 1973, la détérioration des termes d'échange, le démantèlement insidieux des deux blocs Est-Ouest généralisent la crise au niveau mondial. La crise fiscale que vivent les pays africains est transmise aux points de prestations de soins par la stagnation et parfois par la réduction des ressources publiques allouées pour supporter le fonctionnement des services de santé. Les bailleurs de fonds réorientent l'aide vers les pays de l'ex-bloc communiste et doutent des capacités des pays en développement à honorer leur dette. Ils imposent alors des Programmes d'Ajustement Structurels (PAS) par la banque mondiale et le Fonds Monétaire International (FMI).

Ces PAS sont perçus par certains bailleurs comme une opportunité donc un environnement favorable pour introduire systématiquement le paiement par les usagers. C'est ainsi que depuis les années soixante-dix, sous l'inspiration de l'O.M.S. et plus récemment sous l'impulsion de la Banque mondiale, le Sénégal est engagé dans un processus de réforme quasi permanente de son système de santé. Suite à la conférence d'Alma Ata en 1978, le Sénégal avait ratifié la Charte de développement sanitaire de l'Afrique, charte qui faisait des soins de santé primaires, la stratégie essentielle en vue d'atteindre l'objectif de la « Santé pour tous en l'An 2000 ». Ce fut un échec. Le Sénégal s'est associé par la suite à un certain nombre d'initiatives prises ultérieurement en Afrique, avec les conférences de Lusaka (1985), d'Hararé (1987) et surtout celle de Bamako (1987) qui a jeté les bases du

recouvrement des coûts. La politique actuelle de Réorientation des Soins de Santé Primaires, officiellement adoptée en 1992, vise à restructurer le système de santé national à partir du district de santé. Pour la période de 1998 à 2008, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a mis sur pied un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Les principales orientations stratégiques retenues sont de réduire la morbi-mortalité des groupes les plus vulnérables d'un tiers, de mettre en place une structure sanitaire délivrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA) à une heure de marche pour 90 % de la population, et de pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90 % des structures sanitaires, d'ici à 2008.

Au cœur de ce processus de réforme, a été lancée une politique de décentralisation de plus en plus poussée qui, si elle parvenait à son terme, devrait transformer le système de santé d'une façon radicale. A l'instar de la plupart des autres pays africains, le processus de réorganisation interne du système de santé du Sénégal a ainsi été rattrapé par des réformes de décentralisation administratives et politiques qui bouleversent l'environnement institutionnel, entraînant de nouvelles relations avec les autorités administratives et les acteurs politiques, et obligeant le secteur de la santé à procéder à des réajustements considérables.

Parmi ces réformes on peut citer l'adoption de la loi 96-07 du 22 mars portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et son décret d'application 96-1135 relatif à la santé qui délègue des compétences plus accrues aux collectivités locales dans le cadre de la décentralisation.

Avec l'adoption de ce nouveau dispositif légal, le Sénégal a franchi une nouvelle étape dans sa politique séculaire de décentralisation qui se traduit notamment par l'existence de 441 collectivités locales, d'égale dignité, managées par 14.352 élus locaux.

La loi 96-07 va marquer un tournant crucial dans la décentralisation au Sénégal, en initiant des changements institutionnels importants dans la gestion des affaires locales en général, notamment la gestion des services de santé en particulier.

A travers cette loi, des compétences ont été transférées dans neuf (9) domaines dont la planification et la santé.

Dans le cadre de cette étude, seul le secteur de la santé retiendra notre attention. Dans ce domaine de compétences transférées, les différents ordres de collectivités locales (régions, communes et communautés rurales) reçoivent des compétences couvrant non seulement la gestion des structures de santé dans leur juridiction respective, mais aussi la construction et l'entretien des structures de santé de base. La présente étude vise à analyser la contribution financière des collectivités locales au renforcement du système de santé dans le cadre des compétences transférées. Notre travail s'attachera d'abord à faire une présentation du problème et à dégager les objectifs de la recherche, c'est l'objet du **premier chapitre**. Ceci nous permettra de passer à la revue de la littérature et de procéder à la définition de certains concepts liés à la décentralisation et au financement de la santé, c'est le **chapitre II**. Le cadre de l'étude et la méthodologie feront respectivement l'objet du **troisième et quatrième chapitre**. Ensuite **le chapitre V** sera consacré à la présentation, à l'analyse et aux commentaires des résultats. Enfin nous essayerons dans **le chapitre VI** de proposer des recommandations qui pourraient éventuellement servir d'axes de réflexions plus poussés et de débats et d'identifier des pistes de recherches futures.

**Chapitre I : Présentation du
problème et objectifs**

I-1 Contexte et justification

De par son influence directe et indirecte sur le bien-être physique et moral de l'homme, la santé est considérée comme un besoin fondamental et un droit dont tout individu devrait bénéficier. Cela a été renforcé lors du sommet du millénaire de septembre 2000 réuni par l'Organisation des Nations Unies au cours duquel les responsables politiques de la santé ont souligné l'importance de l'interdépendance planétaire. Selon le rapport de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) du 20 décembre 2000, « améliorer la santé publique constitue un levier majeur pour le développement économique ». Au Sénégal, comme dans les autres pays Subsahariens, la santé représente un enjeu de développement important et un des facteurs déterminants dans la lutte contre la pauvreté. En effet, santé et développement sont étroitement liés : la santé est à la fois une conséquence et une condition du développement et de la réduction de la pauvreté. Les zones les plus pauvres présentent des taux de mortalité maternelle et infantile plus élevés, des prévalences d'infections respiratoires plus importantes, une recrudescence des épidémies etc. Cette relation entre santé et pauvreté a été vite comprise par le Sénégal. C'est ainsi que dès son accession à l'indépendance, il a retenu dans le cadre du premier plan de développement économique et social (1961-1964), les orientations de sa politique en matière de santé qui sont :

- La priorité du milieu rural sur le milieu urbain par le renforcement du dispositif sanitaire et la multiplication des actions destinées au monde rural.
- La priorité de la médecine de masse sur la médecine individuelle avec un accent sur la prise en charge des grandes endémies par rapport aux actions curatives.
- La priorité de la médecine préventive sur la médecine curative avec un accent sur la prise en charge des enfants et des femmes et des groupes défavorisés tels que les paysans.

Ces différentes orientations seront réaffirmées dans les 2^{ème}, 3^{ème}, et 4^{ème} plans de développement qui couvre la période allant jusqu'en 1977. La permanence de ces orientations, sur une période de près de 20 ans, constitue la marque de leur profondeur, en même qu'elle rend compte de l'ampleur des tâches qu'elles préfigurent et qui ne peuvent être effectuées que dans la durée.

Il est donc logique que le 5^{ème} plan de développement (1978-1981), loin de marquer une rupture, ait voulu renforcer ces orientations. En conséquence le contexte était favorable à l'adoption des recommandations que formulera la conférence internationale d'Alma Ata en 1978, avec notamment la stratégie des soins de santé primaires basées sur :

- ❖ L'information et l'éducation pour la promotion de la santé et la prévention des maladies,
- ❖ L'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement de base,
- ❖ La protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale,
- ❖ La vaccination contre les grandes maladies infectieuses,
- ❖ La prévention et le contrôle des endémies locales,
- ❖ Le traitement des maladies et des lésions courantes,
- ❖ La fourniture en médicaments essentiels
- ❖ Etc.

Alma Ata a été également le moment fort de l'affirmation et de la mise en exergue des principes de décentralisation des services de santé et de la participation des communautés à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des Soins de Santé Primaires (SSP).

La réorganisation du Ministère de la Santé, formalisée par le décret 98-961 du 02 décembre 1998, répond principalement à l'urgence d'adapter sa structuration à la mise en œuvre du PDIS (Programme de Développement Intégré de la Santé). Il reste évident que l'appréciation de la pertinence de la réorganisation devrait être mesurée par des exigences d'opérationnalité qu'appelle la décentralisation des services de santé. La perception des conclusions d'Alma Ata devenait d'autant plus aisée que le Sénégal avait déjà initié des expériences de participation communautaire, avec

l'adoption des soins de santé de base à Fatick et Pikine et mettait en œuvre depuis 1972 une réforme territoriale et locale caractérisée par l'approfondissement du processus de décentralisation. L'initiative de Bamako, dont la phase pilote a consacré en 1992 les districts de Matam, Podor, et Bignona, constitue une stratégie de renforcement de la politique des SSP avec, notamment, le recouvrement des coûts des médicaments et des prestations de service, l'introduction du monitoring de la micro planification et des ordinogrammes.

Dès lors, il devenait urgent de mettre en place des mécanismes institutionnels de l'application effective et généralisée de la stratégie des soins de santé primaires, notamment par la réorganisation du système, dans l'optique d'une plus grande opérationnalité et l'optimisation de la participation communautaire. La réforme du système de santé est ainsi associée à une politique de décentralisation et depuis quelques années, le Ministère de la santé s'est lancé dans ce processus. De nombreuses organisations non gouvernementales songent également à transférer le pouvoir de décision au niveau local, et les bailleurs de fonds encouragent la décentralisation en appuyant des initiatives visant à accroître les capacités de gestion des responsables locaux de façon à ce qu'ils puissent utiliser leurs nouveaux pouvoirs de façon judicieuse et efficace.

La décentralisation est une politique qui vise à rendre les collectivités locales plus impliquées et maîtresses des décisions concernant les aspects de leur vie quotidienne en leur transférant certaines compétences notamment en matière de gestion dans le secteur de la santé et des ressources nécessaires¹.

Les raisons sous-jacentes aux processus de décentralisation peuvent être techniques, politiques ou financières.

Du point de vue technique, la décentralisation est fréquemment avancée comme un moyen d'améliorer l'efficacité administrative et la prestation de services.

¹ Milis A Patrick Vaughan et Al « La décentralisation des systèmes de santé, concepts, problèmes et expériences de quelques pays »

Du point de vue politique, la décentralisation cherche à accroître la participation locale et à renforcer l'autonomie, redistribuer les compétences et réduire les tensions régionales ou ethniques.

Du point de vue financier, elle est mise en avant comme étant une façon d'améliorer les rapports coût/efficacité, en donnant au niveau local un plus grand contrôle des ressources et des revenus et en permettant une plus grande responsabilisation.

Elle peut aussi être utilisée pour transférer la responsabilité financière d'un gouvernement central à faibles ressources vers les niveaux régionaux ou locaux.

Dans le secteur de la santé, lorsque la décentralisation a été mise en place pour des raisons techniques, elle a été un élément essentiel des efforts engagés pour améliorer la performance du système. Dans de nombreux pays, la décentralisation, en parallèle avec la réforme du système de santé, est un processus qui dure depuis plusieurs années. Par contre, dans les pays où les raisons de la décentralisation ont été principalement politiques ou financières, le secteur de la santé aura eu à développer des stratégies d'adaptation pour assurer les soins et se rapprocher des objectifs de santé. Autrement dit, dans certains cas, les réformateurs peuvent délibérément choisir la décentralisation comme moyen de réforme, dans d'autres cas, c'est une obligation à intégrer.

La décentralisation est actuellement une approche de nouvelles stratégies de développement, que ce soit dans le secteur de la santé ou dans les autres domaines. Autant la Banque mondiale que les agences de développement international en font la promotion, et plusieurs pays africains ont adopté des réformes allant dans ce sens au cours des dernières années.

Depuis 1996, l'Etat sénégalais a initié une série de réformes administrative et politique dans le cadre de la décentralisation. Dans neuf domaines, des compétences ont été transférées, il s'agit des domaines suivants :

- Gestion et utilisation du domaine privé de l'Etat, du domaine public et du domaine national
- Environnement et gestion des ressources naturelles
- Santé, Population et action sociale

- Jeunesse, sport et loisirs
- Culture
- Education, alphabétisation, Promotion des langues nationales et formation professionnelle
- Planification
- Aménagement du territoire
- Urbanisme et Habitat

La conférence de l'OMS tenue à Bamako en 1987 sur la décentralisation dans le contexte de la réforme des systèmes de santé en Afrique a intégré dans son cadre d'analyse, à côté des formes et des processus de décentralisation, une composante essentielle, la performance des systèmes de santé : Equité, Efficience et Qualité des prestations. Les sujets de cette composante notamment l'allocation des ressources et l'utilisation des services sont des sujets qui sont devenus essentiels dans le domaine de la décentralisation.

Au Sénégal la réforme de la décentralisation dans le secteur de la santé renforcée par les dispositions de la loi n°96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux collectivités locales, montre que ce transfert doit être accompagné du transfert des moyens et des ressources à l'exercice normal de ces compétences. Le transfert de ressources financières de l'Etat aux collectivités locales se fait à travers les Fonds de Dotations Décentralisés (FDD), les Fonds d'Equipement des Collectivités Locales (FECL) pour compenser les charges induites par le transfert de compétences. Le budget du Ministère de la Santé consacré aux districts, aux hôpitaux et aux autres structures dont la gestion est transférée aux différents niveaux de collectivités locales constitue la principale source des FDD et FE. Ces fonds constituent dans l'ensemble, une enveloppe que l'Etat affecte aux collectivités locales dans le cadre des domaines de compétences transférées pour permettre d'exercer ces compétences. Ils permettent de manière générale à couvrir les dépenses de fonctionnement hors personnel des services locaux de santé.

Les régions reçoivent les budgets de fonctionnement des hôpitaux régionaux et départementaux et les budgets de fonctionnement des districts sanitaires dont le

centre de référence est situé dans les zones rurales. Elles ont ainsi en charge l'équipement, l'entretien et la maintenance des infrastructures des équipements et de la logistique des centres de santé dans le respect des normes établies en la matière. Un personnel d'appoint peut être recruté par la région et mis à la disposition des structures socio- sanitaires.

Les communes reçoivent les budgets de fonctionnement des districts sanitaires situés en milieu urbain. La commune reçoit la compétence pour la construction de postes de santé urbains conformément aux plans de développement sanitaire et social. En matière de personnel de santé, elle est compétente pour le recrutement, l'administration et la gestion du personnel d'appoint mis à la disposition des formations sanitaires.

Quant aux communautés rurales, elles ne recevaient aucune part du budget santé et se contentaient seulement d'une part des faibles ressources transférées par les autres secteurs. Mais depuis 2002, elles reçoivent des FDD. Les communautés rurales ont également en charge la construction, l'équipement, l'entretien et la maintenance des infrastructures et la logistique des postes de santé, des maternités rurales et des cases de santé dans le respect des normes établies en la matière.

Parallèlement à ces différents fonds, les collectivités locales mettent à la disposition des prestataires de soins, des moyens qui proviennent soit de leurs fonds propres soit, des fonds obtenus dans le cadre de la coopération décentralisée. Toutefois des difficultés subsistent quant à la gestion et au suivi des flux financiers de ces ressources. Pour pallier à ces problèmes, dans un contexte économique difficile, il est nécessaire de concevoir et de mettre en œuvre un système de santé qui est financièrement et techniquement accessible aux populations locales et présentant une bonne efficience allocative.

C'est ainsi que nous nous sommes proposés de faire le compte de la santé des collectivités locales, afin d'avoir une vision nette de leur implication dans le financement de la santé dans le cadre du transfert de compétences. Ce qui nous permettra de faire un suivi détaillé des flux des fonds entre les divers acteurs impliqués dans la décentralisation du système de santé.

I-2 Problématique et objectifs

Le système de santé dans sa fonction de production de soins et de prévention est un des acteurs importants de l'amélioration de l'état de santé de la population et d'augmentation de l'équité. C'est ainsi que d'importants moyens sont mobilisés et répartis au sein du système de santé pour lui permettre d'offrir des soins de qualité en quantité suffisante et d'être plus réactif.

Selon l'étude sur la Revue des Dépenses Publiques du secteur de la santé du Sénégal de 1998 à 2002, le niveau central (directions, services nationaux, services rattachés au cabinet, programmes verticaux et les centres hospitaliers nationaux et régionaux) absorbe 49% des fonds contre 51% pour les structures dépendant des régions médicales. 77% des appuis financiers publics (budget central, budget des collectivités locales, fonds de dotations décentralisés, fonds d'équipement) vont dans les structures techniques (hôpitaux, centres et postes de santé, cases de santé et maternités). Au total, les ressources consacrées aux soins de santé primaires représentent 35% contre 15% pour les soins de santé secondaires, 27% pour les soins de santé tertiaires et 23% pour l'administration générale de la santé. Si des données sont disponibles sur les dépenses publiques de santé à travers des revues et des rapports financiers, la masse globale des flux mobilisés pour les collectivités locales est peu connue avec précision. Par ailleurs, sa répartition par type de prestation, par prestataire et par source de financement n'est pas décrite. En conséquence, les décisions prises pour son allocation ou son utilisation sont souvent fondées sur une information partielle et imprécise. Cette situation ne permet pas ainsi d'apprécier la pertinence et d'équité des critères d'allocation des ressources à travers l'exercice de la compétence transférée. En effet, malgré l'existence de systèmes d'information sanitaires et d'une direction des collectivités locales, leurs données en matière de santé restent toujours partielles, fragmentées et peu fiables et à la limite même indisponibles. Ces informations servent essentiellement à la planification, au suivi et à l'évaluation de leurs activités. Les informations fournies par les services du Ministère de la santé et celles des collectivités locales ont des limites, car elles ne permettent pas l'intégration des activités de tous les acteurs du système de santé au

niveau périphérique de manière à obtenir des données portant sur leur niveau d'intervention, la provenance des fonds utilisés par le système et les bénéficiaires dans l'utilisation des ressources. Ces systèmes d'informations ne fournissent non plus des indicateurs précis pouvant aider les décideurs de faire des choix judicieux entre les différents objectifs de santé, de permettre d'évaluer l'ensemble des 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 pour l'atteinte des objectifs visés par le transfert de la compétence santé.

C'est ainsi que des difficultés subsistent quant à l'élaboration des politiques adaptées pour l'utilisation rationnelle et efficace des ressources rares destinées aux collectivités locales face aux besoins illimités des populations locales. Pour palier à ces difficultés et pour répondre aux besoins et aux enseignements de plus en plus nombreux dans le domaine de la santé, il est souhaitable d'instaurer un outil performant qui permettra de capter ces informations financières. Cet outil n'est rien d'autre que les Comptes Nationaux de la Santé (CNS). C'est vers les années soixante dix que la notion de CNS est apparue. Il s'agit d'un moyen conçu pour structurer progressivement l'ensemble des informations quantitatives à un domaine particulier pour donner un système cohérent de connaissance et d'analyse économique et social. Dans le cas de cette étude ils permettront de retracer les flux financiers destinés aux collectivités locales selon leur origine, leur distribution entre les secteurs et les prestataires. Ils permettront ainsi de rassembler des informations qui sont dispersées dans le cadre central.

Dans la volonté du Ministère de la Santé et de la Prévention et du Ministère de la décentralisation et des collectivités locales de relever de nouveaux défis liés aux initiatives locales et globales comme la Stratégie de Réduction de la Pauvreté et les Objectifs du Millénaire (OMD), et dans sa dynamique de réformes du système de santé notamment à travers la mise en œuvre du Cadre Sectoriel de Dépense à Moyen Terme (CDSMT) et l'approche budgétaire, l'analyse de l'implication des collectivités locales dans le financement de la santé trouve toute sa pertinence.

Après douze ans d'application de la loi portant sur le transfert de compétences aux collectivités locales en matière de santé, les questions suivantes peuvent être posées :

- 1) Qui finance les collectivités locales en matière de santé ?
- 2) Comment les fonds sont-ils répartis entre les collectivités locales (communes, communautés rurales et régions) ?
- 3) Quelles sont les prestataires bénéficiaires de ces fonds ?
- 4) Pour quels types de soins et services sont destinés ces fonds ?

La présente étude basée sur la méthodologie des comptes nationaux de la santé nous permettra de répondre à ces différentes questions.

Les objectifs

1-Objectif général

Cette étude se propose de d'élaborer les comptes de la santé des collectivités locales afin de mieux apprécier leur contribution au renforcement du système de santé.

Pour ce faire, elle s'est fixée comme objectif général d'analyser l'ensemble des flux des fonds gérés par les collectivités locales au Sénégal dans le domaine de Santé pour l'année 2005.

2. Objectifs spécifiques :

- Identifier les différentes sources de financement des collectivités locales impliquées dans le financement du secteur de la santé et leur niveau de contribution respective ;
- Analyser la répartition des ressources financières mobilisées en faveur des collectivités locales entre les différents prestataires et les différentes prestations ;
- Déterminer la part des collectivités locales dans la dépense nationale de santé.

I-3 L'intérêt de l'étude

L'intérêt de cette étude se justifie par l'usage que divers acteurs peuvent en faire :

- Pour les pouvoirs publics :

Les informations de cette étude pourront contribuer à l'amélioration du processus de formulation des politiques, en matière de transfert de compétence dans le domaine de la santé, dans leurs efforts d'améliorer les performances et la gestion du système de santé. Les conclusions tirées pourront être utilisées par les acteurs de la santé pour faire des prévisions financières. Cette étude est utile tant pour les autorités sanitaires que pour les autorités locales dans la planification rationnelle, pour leurs décisions en matière d'allocation des ressources, dans la correction des dysfonctionnements du système de santé.

- Pour les bailleurs :

Ce travail peut servir de base pour évaluer, les efforts fournis en appui financier en faveur des collectivités locales dans le cadre de la coopération bilatérale et décentralisée. L'étude pourra montrer dans quelle mesure, l'utilisation des fonds affectés à la santé au Sénégal dans le cadre de la décentralisation est efficace et équitable. Ce qui leur permettra de mieux faire connaître certains problèmes de santé que sont confrontées, les collectivités locales et de justifier des choix politiques particulièrement pertinents pour leurs activités.

- Pour le CESAG :

Notre étude ouvrira la porte à d'autres recherches et contribuera au renforcement du contenu du module « Comptes nationaux de la santé ».

- Pour nous même :

Cette étude, accompagnée de notre stage à la CAFSP (Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat) du Ministère de la Santé et de la prévention, contribuera à l'approfondissement de nos connaissances théoriques et pratiques en matière d'élaboration de comptes nationaux de la santé, de financement de la santé de manière générale. Ce qui marque ainsi le début d'une carrière professionnelle dans le domaine du financement, de la planification et de la gestion des systèmes de santé et du développement local.

**Chapitre II : Définition des
concepts et revue de la littérature**

II-1 Le cadre d'analyse de la décentralisation :

On s'attache à examiner ici la décentralisation administrative de la politique de santé, de la gestion du système de santé, du financement des soins et de leur prestation. Les définitions les plus courantes de la décentralisation administrative distinguent différentes variantes allant progressivement d'un centre maintenant un fort contrôle avec peu de pouvoir et de responsabilités pour les niveaux périphériques vers un contrôle décroissant du centre et un renforcement des responsabilités locales. Cette représentation peut aussi être imaginée en termes de degrés dans l'espace de décision, où la décentralisation est évaluée en termes de l'éventail des choix à la disposition des responsables locaux, un éventail plus large étant synonyme d'un degré de décentralisation plus élevé.

II-1-1 Le concept de décentralisation

La décentralisation peut être le résultat de politiques établies par les niveaux les plus élevés du gouvernement; qu'il s'agisse de directives administratives émises par un ministère ou une direction responsable de la mise en œuvre du programme ou d'une décision prise par une organisation privée. Lorsqu'un organisme gouvernemental ou une organisation privée décide de décentraliser, il peut avoir recours à toutes sortes de méthodes.

Décentralisation du secteur public :

On peut introduire la décentralisation dans le secteur public au moyen d'une politique nationale de décentralisation à grande échelle d'un ou plusieurs secteurs publics, ou bien la décentralisation peut avoir lieu graduellement en transférant la responsabilité de certaines fonctions de gestion à des niveaux inférieurs au fil du temps. Dans le secteur public, on peut réaliser la décentralisation en transférant divers degrés de compétences (ou pouvoirs) du niveau central :

- aux divisions ou cellules de terrain relevant du même ministère ou du même organisme;

- à d'autres niveaux de gouvernement tels que les unités administratives régionales, provinciales ou locales;
- à des autorités publiques semi-autonomes (comme les conseils d'administration d'hôpitaux) ou à des organisations à but lucratif ou non lucratif.

Dans le premier cas, on transfère un pouvoir limité aux niveaux inférieurs de terrain relevant du ministère ou de l'organisme. Dans le second cas, une bonne partie de la responsabilité de la gestion des programmes et activités est transférée à des niveaux administratifs inférieurs, ne laissant que des fonctions limitées sous le contrôle de l'administration centrale du ministère ou de l'organisme. Dans le troisième cas, le gouvernement abandonne la responsabilité pour des programmes spécifiques au profit d'un organisme public ou à une organisation privée.

Décentralisation dans le secteur privé :

Dans le secteur privé, une grande organisation peut décider de transférer la gestion de programmes ou fonctions spécifiques à un ou plusieurs départements de terrain au sein de l'organisation, ou à d'autres groupes privés qui peuvent mettre en œuvre ces programmes. A l'origine de ce changement on peut trouver le souhait de rationaliser les services, prendre les décisions plus rapidement et les adapter au niveau local, ou coordonner les programmes au niveau local, de façon à éviter le dédoublement des services. La décentralisation du secteur privé, qui peut se produire indépendamment de toute initiative gouvernementale, peut même inspirer le secteur public à en faire autant.

II-1-2 Définition de certains termes liés à la décentralisation

On rencontre constamment quatre termes qui catégorisent les moyens de réaliser la décentralisation: déconcentration, délégation, dévolution et privatisation.

La déconcentration :

Elle signifie que certaines fonctions de gestion, telles que l'établissement de budgets pour les programmes, sont transférées du niveau central aux cellules de terrain (niveau local) au sein du même organisme ou de la même organisation, mais que le contrôle global du programme reste au niveau central.

La délégation :

Elle décrit une stratégie selon laquelle le niveau central transfère la responsabilité de certaines fonctions de gestion telles que l'élaboration et la réalisation d'un programme de formation à des organisations extérieures à la structure bureaucratique habituelle, et qui ne sont par conséquent contrôlées par le niveau central que de façon indirecte.

La dévolution :

Elle concerne le transfert de pouvoir à des sous-entités nationales publiques, nouvellement créées ou renforcées, dont les activités ne relèvent pas du contrôle direct du gouvernement. Selon cette approche, la responsabilité pour, et l'autorité sur, un programme de santé sont généralement transférés à une entité provinciale ou municipale.

La privatisation :

Elle concerne le transfert de fonctions de gestion spécifiques, telles que la logistique et la formation, à des organisations privées commerciales ou à but non lucratif extérieures à la structure gouvernementale. Certains experts pensent que la privatisation n'est pas un moyen de décentralisation parce que dans ce cas le gouvernement abandonne ses responsabilités au lieu de transférer ses pouvoirs à des niveaux inférieurs.

II-1-3 Les conditions nécessaires à une décentralisation

Il faut qu'un certain nombre de conditions soient réunies pour que la décentralisation réussisse. Sans ces conditions préalables, les responsables des niveaux central et local risquent de voir leurs bonnes intentions échouer. A une réunion récente du Comité consultatif régional francophone (FRAC), les membres d'Haïti et de 16 pays francophones d'Afrique ont partagé leurs expériences et préoccupations en matière de décentralisation de la gestion des politiques et programmes de santé. Au cours de la réunion, ils ont identifié les conditions préalables à la décentralisation :

- une volonté politique suffisamment forte aux niveaux central et local d'appuyer l'initiative et le processus;

- des compétences en gestion adéquates à tous les niveaux;
- un plan de mise en œuvre clairement défini;
- un cadre administratif légal délimitant les pouvoirs de chacun;
- des ressources adéquates;
- l'intérêt, la participation et l'engagement des dirigeants locaux.

Après avoir identifié les conditions préalables à la décentralisation, les membres du FRAC ont mis au point une liste de mesures administratives qui aideraient à faire réussir la décentralisation. Cette liste comprend :

- définir les pouvoirs qui sont transférés et les mécanismes de transfert (responsabilité et autorité pour les fonctions administratives doivent toujours aller de pair);
- maintenir un dialogue régulier entre les planificateurs de ressources au niveau central et les planificateurs de soins de santé et les responsables de programme au niveau local;
- énoncer clairement les buts et objectifs des programmes de décentralisation;
- s'engager à fournir un financement annuel correspondant aux besoins du programme;
- élaborer des procédures de comptabilité qui permettent aux responsables de suivre le mouvement des fonds entre les niveaux central et local;
- faire la liste des compétences dont auront besoin les responsables aux niveaux central et local pour assumer leurs nouveaux rôles et s'assurer que les responsables reçoivent la formation nécessaire;
- élaborer des politiques de personnel, des grilles de salaires appropriées et des mécanismes de compensation des performances permettant aux responsables de garder le personnel qualifié;
- instituer des systèmes de supervision adéquats reflétant les problèmes et les besoins au niveau local²

² (*Management Sciences for Health, Inc. 2001*).

II-1-4 Etat des connaissances :

Nous avons fait recours à la documentation écrite pour avoir une vision sur la décentralisation, en particulier dans le domaine du financement de la santé.

La décentralisation a fait l'objet d'une grande quantité d'études théoriques et empiriques, surtout pour les pays non africains. Depuis quelques années, on cherche à tirer des enseignements d'un processus de décentralisation qui semble vouloir s'être installée à demeure. Par ailleurs, quelques analyses ont permis d'élaborer des modèles pour les retombées de la décentralisation. Celui offert par Rémy Prud'homme a ceci de particulier qu'il tente d'identifier ces secteurs où les retombées de la décentralisation risquent d'être optimisées. Selon l'auteur, la décentralisation peut être présentée comme un système dans lequel les collectivités locales prélèvent des impôts pour effectuer des dépenses au niveau local, sans bénéficier de transferts de l'Etat central. Il s'agirait d'un système dans lequel des collectivités locales sont totalement responsabilisées et où des dépenses purement locales sont financées par des ressources collectées au niveau local.

En d'autres termes, la collectivité locale décentralisée constitue, dans ce système, une entité politique et sociale qui a son existence propre et qui ne confie au gouvernement central que des tâches spécifiques³.

Suite à certaines critiques, certains auteurs ont adopté une démarche plus pragmatique. Ainsi, peut-on vraiment supposer que les régions et les juridictions décentralisées se distinguent entre elles selon les préférences de leurs habitants alors qu'elles sont peut-être tout simplement inégalement dotées en ressources naturelles ou humaines. Peut-on aussi présumer qu'après leur élection, les autorités au niveau local mettent effectivement en œuvre des moyens pour satisfaire les préférences révélées par les électeurs ; ce n'est pas toujours le cas. Dans une

³ Prud'homme I, <<The Dangers of Decentralisation >>, World Bank Research

analyse plus récente, R. Prud'homme (2000) n'hésite pas à souligner que la décentralisation tend habituellement à augmenter les disparités entre les collectivités. De plus, rappelle-t-il, il existe nécessairement une relation inverse entre les bénéfices de la décentralisation et le niveau de développement. En effet, il existe des coûts fixes importants à l'établissement d'un système décentralisé. Dans un pays pauvre, ces coûts vont absorber une plus grande part de la dépense publique que dans les pays plus riches. Ces sommes ne seront pas disponibles pour un investissement plus directement productif.

Pour ce qui est du jugement global à porter sur la décentralisation en Afrique, il semble que le pessimisme et l'hésitation soient de rigueur. C'est le cas, entre autres de **Jean Clauzel (1995)**, dont la conclusion est sans appel. L'Afrique, affirme-t-il sans complaisance, a connu jusqu'à présent trois sortes de décentralisations : les décentralisations formelles, les décentralisations incomplètes et les décentralisations manquées.

Pour Jean Clauzel, les enjeux de la décentralisation sont si grands que les pays africains ne peuvent pratiquement pas faire autrement que de s'engager sur la voie de ce mode de gestion des affaires de l'Etat. Il n'y aurait tout simplement plus d'autre solution.

Un article sur « *Décentralisation des services de santé et de planification familiale* » au Bangladesh⁴, a révélé que le système d'information doit être modifié pour qu'il soit plus approprié à la nouvelle structure et pour que les responsables puissent utiliser les informations dans la mise au point de leurs plans opérationnels. Ils ont dû, en outre, modifier les systèmes financiers de façon à ce que les responsables centraux et régionaux puissent projeter plus facilement leurs besoins financiers, suivre leurs mouvements de trésorerie et tenir des comptes plus exacts des dépenses. L'étude montre également que les responsables régionaux avaient l'autorité de mobiliser des

⁴ publié par Saul Helfenbein, Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken et Bill Newbrander

fonds, recevoir les dons et affecter ces fonds. Mais dans la plupart des centres régionaux le niveau des fonds mobilisés était très faible. Il a été recommandé que les responsables régionaux continuent à générer des fonds au niveau local, autant que possible, mais sans faire de la mobilisation des fonds une activité prioritaire.

Dans les pays en voie de développement peu d'études relatives à l'analyse financière et aux critères d'allocations des ressources ont été réalisées. Cependant, dans le cadre du cours régional sur le coût et le financement de la santé au Maroc, le Professeur ZINE EDDINE EL IDRISSE propose les critères suivants pour l'allocation des ressources financières dans le secteur de la santé : la taille de la population, le niveau de morbidité, la configuration socio-économique, l'envergure des structures de soins, leurs missions, le niveau de performance. Ces critères ont été définis dans le cadre d'un cours et n'ont pas fait l'objet d'une étude particulière mais nous montre que la définition des critères d'allocation est aussi une préoccupation pour les pays en développement.

Au Sénégal une étude a été faite par le Réseau National de Recherches sur les Politiques Sociales (RNRPS) sur la politique de décentralisation des services de la santé publique⁵. Par le protocole d'accord qu'ils ont signé avec l'agence canadienne, les pays bénéficiaires s'engagent à appliquer les résultats de ces études. Dans sa conclusion, l'étude soulève de nombreux problèmes qui entravent le bon fonctionnement de la politique de Décentralisation de la santé. A cela s'ajoute une absence de complémentarité entre la décentralisation institutionnelle et celle des services de la santé publique.

" La mise en œuvre de la DSS (Décentralisation des Services de la Santé) dans le contexte du transfert de compétences des collectivités locales a buté sur la non conformité entre les territoires décentralisés et ceux des districts. La résultante en est l'existence de difficultés criardes dans la gestion des fonds de dotation qui sont

⁵ L'étude qui a duré 11 mois a été faite par une équipe pluridisciplinaire composée, entre autres, d'un sociologue, d'un médecin, d'un géographe socio-environnementaliste, d'un économiste de la santé et d'un ingénieur statisticien et été financée par le CRDI article disponible sur fr.allafrica.com/stories/200107060335.htm

domiciliés dans les collectivités locales, les communes en particulier, dont l'aire géographique de compétence coïncide rarement avec les districts auxquels ces fonds sont destinés", notent les auteurs de l'étude. Dans certains cas, c'est la gestion des fonds qui sert de source de tiraillements entre les élus locaux et les responsables des comités de santé. " Non seulement les collectivités locales ne soutiennent pas, dans la plupart des cas, les activités de santé à partir de leurs ressources propres, mais elles procèdent à des ponctions sur les fonds de dotations affectés à la santé ", souligne l'étude.

Des remarques critiques ont été portées sur les comités de santé. "Les comités ont laissé progressivement en rade leur mission de mobilisation sociale en faveur de la santé et de promotion sanitaire au profit d'une fixation de collecte des recettes et de la gestion financière. Ils sont caractérisés par des pratiques et des comportements d'accaparement des comités par les présidents et les trésoriers, non-respect de la périodicité des réunions, renouvellement du bureau fait à l'insu des populations, opacité dans la gestion des ressources, etc. Ce qui remet en question, tout à la fois, leur viabilité organisationnelle et la légitimité sociale de leurs membres, lit-on dans le rapport de l'étude.

Toutes ces questions ont été discutées au cours d'une journée de restitution et de dissémination qui s'est tenue lundi 08 juillet 2001 à Dakar en présence des plusieurs personnalités dont des élus locaux et des professionnels de la santé. La cérémonie d'ouverture était présidée par le ministre de l'Economie et des Finances, en présence des représentants du Centre canadien de recherches pour le développement international (CRDI) qui a financé l'étude à hauteur de 22 millions de francs Cfa.

A cette étude on peut ajouter la synthèse des recherches relatives au financement de la santé dans le cadre de la décentralisation.

Au moment où le gouvernement Sénégalais étudie des plans de réforme du financement du système de santé, il semble souhaitable de passer en revue toute l'expérience déjà acquise avec les autres méthodes de financement utilisées pendant ces dernières années; une expérience qui a fait l'objet de plusieurs études dans le passé. L'examen de ces documents a été confié à une équipe de trois consultants,

lesquels ont lu et fait la synthèse des trente neuf rapports qui ont été publiés depuis 1980⁶. Parmi ces études on peut citer :

- *Nguyen, Chanh Tam, 1983. "Autonomie Financière et Décentralisation Administrative Territoriale dans le Cadre des Communes Sénégalaises"*, dans Colloque sur les Finances Locales, Faculté des Sciences Juridiques et Economiques, Université de Dakar.

Ce document discute du degré d'autonomie financière dont disposent les collectivités locales que sont les communes et les communautés rurales. L'auteur indique que l'autonomie financière au niveau de la communauté rurale est contrainte par une nomenclature à l'état embryonnaire, toujours dominée par la taxe rurale. Il est suggéré l'extension de certaines recettes prévues pour les budgets communaux aux budgets ruraux. Concernant les budgets communaux, l'auteur indique deux alternatives ouvertes au financement local. La première qui consiste à demander des subventions à l'Etat au prix cependant de perdre l'autonomie de décision. La deuxième qui consiste à exiger de l'Etat la mise en place d'une politique de moyens permettant aux communes d'accroître leurs ressources. Cette alternative est préférée par l'auteur. Il donne des détails sur les possibilités d'accroître les ressources. Parmi d'autres, la possibilité d'accroître les revenus du domaine incluant les structures sanitaires, est sise sur le rejet du principe de gratuité du service public par l'auteur basé sur l'argument que le droit des administrés est de réclamer la qualité et la continuité des services publics et non la gratuité.

- *Vaurs, René, 1991. "Evaluation des Flux de Financement Destinés au Secteur de la Santé sur la Période 1988-90"* Banque Mondiale.

⁶ Robin BARLOW Consultant et François Pathé DIOP Consultant et NGoné Touré SENE Consultant Abt Associates Inc.
Septembre 1991

Cette étude tente d'évaluer l'ensemble des sommes consacrées à des dépenses de santé de 1988 à 1990, en distinguant les sources principales de financement, et, les prestataires de services qu'ils soient publics, privés lucratifs ou privés non lucratifs.

Les sources de financement sont réparties en 5 catégories: (1) l'Etat (M.S.P.A.S. et autres ministères); (2) l'aide internationale; (3) les employeurs (parmi lesquels on retrouve l'Etat); (4) les assurances et les mutuelles; (5) les ménages. Les prestataires de services sont réparties en 3 catégories: (1) le secteur hospitalier, (2) les services ambulatoires, (3) les autres actions liées à la santé (structures de ventes de médicaments et produits destinés à la santé, structures de gestion, de formation et de recherche en rapport avec la santé). L'analyse est faite à partir d'informations chiffrées tirées de documents officiels (les budgets, les documents de projets et les rapports statistiques) et à partir d'estimations grossières par déduction (dues au manque de données précises sur certains flux). Cette étude permet d'avoir une vision globale des flux financiers, à l'échelle de tout le Sénégal, et d'avoir des ordres de grandeur sur la part relative supportée par chaque source de financement et la part perçue par chaque catégorie de prestataire. Les principales informations qu'on peut en tirer, à ce stade, sont que: Les dépenses supportées par les ménages, pour la période étudiée seraient de l'ordre de 17, 9 milliards FCFA, soit 1,6% du total de leur consommation finale sans tenir (compte des dépenses effectuées dans le système traditionnel). Les dépenses d'investissement dans le secteur de la santé ont baissé depuis 1980, et sont inférieures aux dépenses d'investissement des autres secteurs. L'aide internationale est consacrée, de façon croissante, à des dépenses récurrentes (alors que traditionnellement, elle portait surtout sur les investissements), ce qui traduit une fuite en avant dans la dépendance extérieure. Le pourcentage du budget global de l'état alloué à la santé n'est que de 4, 4% en 1988-89 contre 10% en 1979. L'amortissement du capital (bâtiments, équipements médicaux, véhicules ainsi que les frais liés à la maintenance n'est pas pris en compte dans les prévisions budgétaires. Le capital constitué par les formations sanitaires publiques peut être estimé à 75 milliards et l'amortissement annuel équivaldrait à, en moyenne, 5% de ce capital. La priorité a été donnée aux soins de santé primaires dans les allocations de ressources durant la période étudiée. La non viabilité des Instituts de Prévoyance Médical (IPM) dans leur conception actuelle (faible nombre de cotisants et nombre

élevé d'ayant droits) est établie. L'auteur souligne déjà la nécessité de mener des études plus précises, en particulier: des enquêtes auprès des ménages dans le cadre du programme d'action sur la Dimension Sociale de l'Ajustement (DSA); une enquête sur le chiffre d'affaire des prestataires du secteur privé, en distinguant cliniques et cabinets privés.

- *Vogel, Ronald J., 1988. "Cost Recovery in the Health Sector: Selected Country Studies in West Africa", World Bank Technical Paper No. 82, Washington DC.*

Cette étude décrit le financement de la santé en Afrique de l'Ouest en se basant sur l'expérience du Sénégal, du Mali, de la Côte d'Ivoire et du Ghana. Elle est axée principalement sur le recouvrement des coûts, l'allocation des ressources et l'assurance maladie. La partie sur le Sénégal est basée sur des visites sur le terrain, des entretiens avec les autorités de l'administration sanitaire et des données secondaires sur le financement de la santé. Elle met en exergue les tendances du budget de la santé entre 1973 et 1986, la participation des populations au financement de la santé, l'inadéquation du système d'assurance maladie organisant les IPM et le poids financier relatif du sous-secteur hospitalier privé comparé au sous-secteur hospitalier public. Les niveaux des ressources disponibles pour le secteur santé reflètent principalement les performances de l'économie nationale.

Au Sénégal, le Produit National Brut réel par habitant, après une légère croissance entre 1977 et 1980, a substantiellement décliné entre 1980 et 1985. Les dépenses gouvernementales réelles sur la santé ont connu les mêmes tendances. En effet, alors que le budget de la santé représentait 7,8 % du budget de l'Etat en 1973/74, il ne représentait que 5,8 % en 1980/81 et 2,4 % en 1986/87. La décroissance de la part relative du budget de la santé s'est accompagnée d'une participation accrue des populations au financement de la santé par le biais de l'instauration du recouvrement des coûts principalement dans les bas échelons de la hiérarchie sanitaire. L'auteur souligne le caractère régressif de la politique de recouvrement des coûts dont la mise en œuvre était plus suivie au niveau des postes et centres de santé utilisés particulièrement par les relativement pauvres. Il articule l'historique du recouvrement

des coûts dans le secteur public sur l'expérience périurbaine de Pikine dont la performance de dynamiques comités de santé a promu en modèle national, les difficultés de l'expérience rurale au Sine-Saloum malgré le soutien de l'USAID et l'expérience hospitalière de St- Louis où le facteur déterminant de la mise en œuvre semble avoir été le leadership du Directeur de l'hôpital régional. L'expérience du système d'assurance maladie instauré dans le secteur privé de l'économie par contre a souffert de sa base actuarielle trop limitée, son mécanisme de financement régressif et une surface de bénéficiaires trop large favorisant les abus autant de la part des prestataires de services que des consommateurs.

L'auteur suggère une structure d'incitations de type Organisation de Maintenance de la Santé (HMO) pour réformer le système d'assurance maladie. A titre comparatif, l'auteur présente la gestion privée de l'Hôpital Principal dont le budget représente 78% du budget de tous les hôpitaux du secteur public d'une part; l'Hôpital St Jean de Dieu dont le budget équivaut au budget de l'ensemble des hôpitaux régionaux du pays.

- *Nguyen, Chanh Tam, 1983a. "Notice d'Information", Colloque sur les Finances Locales, Faculté des Sciences Juridiques et Economiques, Université de Dakar.*

Ce document présente les textes législatifs et réglementaires relatifs à l'organisation administrative territoriale des circonscriptions administratives et des collectivités locales et aux finances locales. La terminologie des finances locales et les règles régissant les budgets locaux sont présentées. Le document résume l'environnement légal dans lequel sont inscrites les contraintes du financement de la santé au niveau local.

Concernant les Communautés Rurales, cependant, la loi ne donne aucune précision sur les dépenses ordinaires facultatives, dont la décision est sous la tutelle du Conseil rural, qui entre autres pourraient inclure les dépenses destinées à l'achat des médicaments.

- *Ministère de la Santé Publique, 1988. "Projet Pikine: Soins de Santé Primaire en Milieu Urbain—Fascicule VI, Années 1986-1987", Dakar.*

Le rapport présente les activités du Projet de SSP de Pikine des années 1986 et 1987. Certaines des données tabulées, cependant, couvrent plusieurs années et dressent ainsi l'évolution du système d'autofinancement du projet. Par rapport à l'année 1983, les paiements forfaitaires se sont accrus en 1987 pour certaines catégories de consultations. C'est ainsi que les frais de consultations enfants et adultes se sont accrus de 50% pendant que les paiements des soins dentaires sont restés au même niveau qu'en 1983. Les auteurs indiquent que les niveaux des paiements ont été déterminés de façon à couvrir les frais réels des différents contacts.

Les recettes et dépenses des structures sanitaires, qui ont connu une croissance soutenue entre 1983 et 1986, ont baissé en 1987. En effet, il est estimé que les consultations curatives, qui étaient restées quasi stables entre 1983 et 1986, ont baissé en 1987. Les consultations prénatales n'ont cessé de s'accroître durant la période, alors que les accouchements ont enregistré une baisse de 4% entre 1986 et 1987. Les vaccinations, par contre, ont plus que doublé entre les deux années. La part de la participation des populations dans le financement de frais de fonctionnement, après avoir décliné de 81 % en 1983 à 70% en 1984 à la suite d'une participation accrue de l'Etat, se situe à 76% en 1987.

- *Gray, Clive, 1983. "Financement Communautaire des Soins de Santé au Sine-Saloum, Sénégal", PRICOR et Harvard Institute of International Développent.*

Ce rapport fait la synthèse et l'analyse de données recueillies sur le terrain à l'occasion d'interviews et de visites du Projet Santé Rurale du Sine-Saloum.

L'objectif était d'apporter des informations permettant de caractériser la demande de soins au niveau des cases de santé et l'utilisation réelle des cases de santé au moment de l'étude. L'auteur montre et propose que sont:

Les fonds d'autogestion provenant des frais payés par la population atteignent 75% du budget hors-personnel du MSP pour les centres et les postes de santé en 1982.

La construction d'une case ne semble pas être un investissement rentable compte tenu du type de soins dispensés à ce niveau. Seulement 22% du stock de

médicaments initial des cases de santé est renouvelé chaque année traduisant une faible utilisation des cases de santé. Le système d'approvisionnement en médicaments dans la région dépend entièrement du financement USAID pour les charges de transport. Les ruptures de stock sont fréquentes. La solution serait de privatiser l'approvisionnement en médicaments.

Le financement de certaines charges par les collectivités locales (communautés rurales et communes) est souhaitable mais impossible, faute de souplesse dans leur gestion. Les frais liés à la supervision sont élevés. Par exemple, le coût d'entretien et de réparation d'une mobylette est estimé à 40000F/an.

Un programme de recherche opérationnelle soit mis en place pour mieux cibler les interventions du projet en insistant particulièrement sur les aspects sociologiques.

Ces différentes expériences, même si elles nous donnent une idée de la masse globale financière destinées aux collectivités locales, il n'en demeure pas moins qu'elles ont des limites quant au suivi des flux financiers. Elles ne nous donnent pas des informations par rapport à l'origine des fonds des collectivités locales, la destination de ces fonds ainsi que les différentes activités sanitaires réalisés par les prestataires dans le cadre des compétences transférées.

II-2 Le rôle des différents acteurs de la décentralisation

La décentralisation de la santé au-delà de ces aspects institutionnels, véhicule dans l'imaginaire de chaque acteur individuel et collectif des significations. Celles-ci sont fonction du niveau de connaissance que l'acteur a sur cette politique et des attentes qu'il manifeste à l'endroit de cette dernière. C'est pourquoi, avec la pluralité des acteurs de la décentralisation de la santé et avec comme corollaire la diversité des intérêts, on assiste à l'instauration de cadres de coordination et de concertation sur les questions sanitaires. Ces cadres s'offrent comme des espaces de discussions et d'échanges pour anticiper sur les conflits ou les juguler.

L'institution par la circulaire n°1396/MS/IAAD du 25 février 1983 de la cogestion s'inscrit dans cette dynamique. Cette circulaire instaure la cogestion des structures de santé par le comité de santé et les techniciens de santé. La cogestion répondant au souci de mettre fin aux suspensions des agents de santé, lesquelles suspensions

résultaient de l'opacité qui entourait la gestion par les comités de santé, des ressources des structures sanitaires.

Cette congestion a été élargie aux élus locaux, aux maires, aux présidents de conseil régional ou de communauté rurale particulièrement, consécutivement aux transferts de compétences. Les articles 12 et 13 du décret n° 96- 1135 du 27 décembre 1996 fixe la composition du comité de gestion des structures de santé selon qu'il s'agit de centre de santé urbain ou rural. Ainsi, l'article 12 stipule que le maire préside un comité de gestion comprenant en outre :

- Un élu de la collectivité locale
- Le président du comité de santé
- Le trésorier du comité de santé
- Le responsable de la structure sanitaire

Pour les hôpitaux régionaux le Président du conseil régional est d'office le président du conseil d'administration de l'hôpital régional.

Ainsi importe-t-il de livrer, pour chaque acteur la perception de son rôle.

II-2-1 Le rôle de l'Etat

Le principe de « Tout Etat » a amené les pouvoirs publics à adopter au lendemain des indépendances, une démarche centralisatrice. A la faveur de cette dernière, l'Etat s'arroge les prérogatives de définir et de conduire les actions de développement.

Il s'impose comme l'unique instrument approprié pour opérer les changements socio-économiques dans le sens des intérêts des populations. Dans le secteur de la santé, cette approche se traduit par l'élaboration d'une politique Nationale de Santé selon une démarche interventionniste.

Mais les déséquilibres macro-économiques constatés et qui résultent, en partie d'options politiques inadaptées ont incité les pouvoirs publics à s'inscrire à partir de 1978 dans une perspective de diversification des modes de financement de la santé. L'adoption en 1978 de la stratégie des soins de santé primaires, consacre la restructuration du système de santé au Sénégal dans le sens d'une décentralisation des services de santé avec comme des fondamentaux la participation communautaire. Déjà la loi n°7225 du 25 avril 1972 qui a créé les communautés

rurales, visait à rapprocher l'administration des administrés par la décentralisation et à promouvoir la participation des populations aux actions de développement.

Toutefois la décentralisation, pour être un processus de transfert de pouvoirs, d'autorités et de ressources, n'est en réalité, dans le domaine de la santé, qu'une déconcentration. En effet, le transfert s'opère certes d'un niveau central au niveau périphérique mais le niveau central n'a fait qu'alléger d'un certain nombre de responsabilités au profit d'une structure sur laquelle, il exerce un pouvoir hiérarchique et qu'il contrôle.

L'Etat central veille au respect par les différents acteurs de l'application du schéma de la décentralisation de la santé, qu'il a lui-même élaboré et institutionnalisé. En filigrane, il apparaît qu'il est encore du ressort des autorités du niveau central de définir les grandes orientations dans le domaine de la santé. C'est dans ce sens qu'il faut souligner l'adoption Plan National de Développement Sanitaire (PNDS1998-2007) dont le Programme Intégré pour la Santé (PDIS 1998- 2002) constitue la première phase.

Le niveau central garde toujours les fonctions :

- De définition de la politique de santé
- D'affectation des ressources
- D'approvisionnement en produits pharmaceutiques
- De réglementation et de contrôle
- D'appui technique et stratégique aux collectivités locales
- De coordination de l'action des partenaires.

Il convient de faire remarquer que la tendance pour les autorités au niveau central à entretenir avec les acteurs du niveau périphérique des relations hiérarchiques et à exercer sur eux, un contrôle permanent n'est pas sans susciter des interrogations, surtout dans le contexte de transfert de compétences.

Pour mieux s'adapter au nouveau contexte l'Etat a procédé à la restructuration de certains ministères qui sont impliqués dans ce processus (décret n° 2000- 834 du 10 octobre 2000 pour le Ministère de la Décentralisation ; décret du 02 décembre 1998 pour le Ministère de la Santé).

II-2-2 Le rôle des collectivités locales

A la faveur de la loi 96-07 du 22 mars 1996, l'Etat transfère aux collectivités locales neuf domaines de compétences dont celui de la santé.

Les collectivités locales acquièrent ainsi la compétence de participer à la définition et à l'exécution de la politique de santé. Les plans régionaux de développement intégré, les plans d'investissement communaux (PIC) et les plans locaux de développement (PLD) dont l'élaboration et l'exécution relèvent respectivement de la région, de la commune et de la communauté rurale, doivent intégrer les plans de développement sanitaire des différents niveaux.

Si la décentralisation dans le domaine de la santé est synonyme d'un surcroît de responsabilités pour les élus locaux, ceux-ci n'en éprouvent pas moins de difficultés pour mener à bien leur mission.

Il convient de préciser que l'obligation faite aux collectivités locales de participer au fonctionnement du système sanitaire est antérieure à la réforme de 1996. La loi 72-25 du 19 avril 1972 modifiée en son article 80 par la loi 83-59 du 13 juin 1983 astreint les communes et les communautés rurales à contribuer en équipement, en personnel et en médicaments à hauteur respectivement de 9% et 8% de leur recette. A l'exception de la ville de Dakar, cette exigence n'est pas respectée par la plus part des collectivités locales.

En outre, il faut noter la présence encore marquée de l'Etat notamment dans la répartition des ressources. En effet, c'est l'Etat qui continue de déterminer la clé de répartition des ressources inscrites au titre des fonds de dotation alloués aux compétences transférées, notamment à la santé.

Sur le plan financier, la situation actuelle au niveau des collectivités locales montre en termes clairs une absence ou une insuffisance de prévision dans les budgets des collectivités locales, bien que les dépenses de santé induites par le transfert de compétence rentrent incontestablement dans la nomenclature des dépenses obligatoires.

Par ailleurs, l'ignorance de leurs rôles et responsabilités n'est pas sans porter préjudice aux élus locaux quant à leur aptitude de gérer convenablement la compétence transférée « santé ». Cela se manifeste souvent par l'absence de prise

de responsabilité pour mettre en place des organes prévus par la loi (comité de gestion) et la non implication dans les prises de décisions concernant les structures de santé étant sous leur responsabilité.

II-2-3 Le rôle des populations locales

L'analyse de la décentralisation de la santé ne peut prétendre à une exhaustivité sans une saisie des perceptions et attentes des populations dont la participation est sollicitée.

C'est à travers les comités de santé dont le fonctionnement est défini par le décret 92-118 du 18 janvier 1992 que les populations utilisatrices des services de santé peuvent exercer leur influence afin que ces services répondent à leurs besoins.

Trois rôles leur sont assignés :

- la promotion de la santé des individus, des familles et des communautés,
- la mobilisation des communautés locales en vue du développement sanitaire,
- l'amélioration de la prestation des services pour satisfaire les besoins des populations.

Si les comités de santé, dans leur essence, sont l'émanation des populations dont ils sont censés représenter et de par delà défendre les intérêts, ces dernières méconnaissent, dans une très large mesure, l'existence de ces comités de santé.

Ainsi par leur mission, des ressources qu'ils détiennent et des rôles qu'ils continuent de jouer dans les services locaux de santé depuis plusieurs décennies, on comprend que les comités de santé soient identifiés par le nouveau dispositif institutionnel de la décentralisation comme des partenaires privilégiés de la collectivité locale dans l'exercice de la compétence gestion des structures de santé.

Ce partenariat va désormais s'exercer au tour du comité de gestion dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus par le décret n°96-1135 du 27 décembre 1996. Il constitue un cadre institutionnel de concertation entre les responsables des collectivités locales, les responsables des structures sanitaires et ceux des comités de santé.

De par ces attributions et les compétences qui lui sont transférées par la loi, le comité de gestion a pour mission de coordonner et d'organiser le fonctionnement de la structure de santé en vue d'améliorer les conditions d'existence et de travail. Il vise

également par ses actions de faciliter l'accès à la structure et aux soins et de trouver des moyens ou ressources additionnelles nécessaires à son bon fonctionnement. Le suivi et l'évaluation des activités seront organisé par le comité de gestion qui doit aussi veiller à la participation des populations à la détermination des besoins, à l'implication de la communauté dans la prise de décision, à l'implication des différents acteurs à la mobilisation et à l'utilisation des ressources financières et humaines. Il veillera également à l'organisation et à la restitution des résultats de monitoring et s'impliquera dans la planification des activités concernant la santé dans le territoire de la collectivité locale.

Cependant des dysfonctionnements, des contraintes et des problèmes existent et principalement avec l'avènement de la décentralisation qui entraîne une nouvelle donne, à savoir le transfert de la compétence santé aux collectivités locales. Ainsi, les points suivants doivent être améliorés dans la gestion et le fonctionnement des comités de santé :

- l'élaboration de plan d'actions semestriel pour fixer des objectifs et les activités à réaliser pour les atteindre pour être en phase avec les comités de santé qui rendent compte de leurs activités semestrielles,
- la planification et l'exécution de la supervision des comités de santé avec des instruments fiables,
- l'organisation de réunions périodiques avec procès verbal à l'appui à transmettre à l'autorité de tutelle,
- la tenue régulière et bonne date des assemblées générales et des séances de renouvellement,
- la révision des textes en tenant compte des nouvelles donnes (décentralisation, transfert de compétence) et le bénévolat des responsables qui brassent des sommes importantes.

II-2-4 Le rôle des prestataires de services de santé

Le transfert de compétences dans le domaine de santé aux collectivités locales, ne peut pas réussir sans implication de ces acteurs. Toutefois certaines difficultés subsistent dans l'application des dispositions relatives aux textes de la décentralisation. En effet ce transfert de compétence ne s'est pas fait avec un

transfert des ressources et d'autorité qui constituent le pilier central de la décentralisation. Les responsables de structures sanitaires restent encore sous la tutelle de l'autorité administrative. Ce qui ne favorise pas toujours leur rapport avec les autres acteurs de la décentralisation.

Le contact plus marqué avec les populations auquel invite la décentralisation de la santé induit un réajustement des comportements des agents de la santé. Ainsi, la situation du personnel de santé et son appréciation de la décentralisation sont d'une grande importance capitale dans la réussite du processus et dans la gestion des structures de santé dont il a en charge. Les agents de santé doivent adhérer à la décentralisation de la santé en ce que celle-ci appelle à une gestion participative des formations sanitaires et subséquemment à une responsabilisation accrue des agents de santé. Toutefois assumer ces responsabilités requiert une efficience et des capacités humaines qui n'ont pas été mobilisées avant l'application de la décentralisation de la santé.

II-2-5 Le rôle des partenaires au développement

L'exécution correcte de la politique nationale de santé nécessite l'appui des pays et des institutions avec lesquels le Sénégal est lié par des accords de coopération. L'ampleur des attentes inversement proportionnelles aux ressources financières disponibles, justifie la pertinence de cette option qui s'est traduite par l'engagement de nombreux pays, institutions de financement et agences de coopération en faveur de la santé.

Il apparait à la lumière des données disponibles, que la coopération bilatérale et multilatérale est un appoint important à la mise en œuvre et à l'exécution de nombreux projets dans le domaine de la santé. Le budget du PDIS qui est estimé à 229 milliards FCFA permet de mieux apprécier l'importance de l'appui extérieur. Le financement de 30% du budget du PDIS représentant 67,832 milliards de FCFA est attendu des partenaires au développement⁷. Ceux-ci prennent une part active au financement, à l'organisation et au renforcement des capacités du système de santé.

⁷ Ministère de la santé, rapport 1998

Quant à la coopération décentralisée, qui constitue un élément fondamental dans cette étude, le chapitre III du titre 1^{er} du code des collectivités locales prévoit dans la pratique que toutes actions de coopération soient entreprises par les communes, les communautés rurales et les conseils régionaux.

II-3 Les structures d'appui aux collectivités locales

L'analyse de l'implication des collectivités locales dans le secteur de la santé, ne peut être exhaustive sans une prise en compte des actions menées par les programmes d'appui à la décentralisation ou réalisés dans le cadre de la coopération décentralisée. A cet effet, il est important de signaler que le gouvernement du Sénégal a mis en œuvre, avec l'appui des partenaires au développement un certain nombre de programmes pour accompagner et appuyer les collectivités locales dans leur mission de développement dont on peut entre autre citer : L'Agence de Développement Municipal (ADM) et le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS), le Programme National de Développement Local (PNDL).

II-3-1 L'Agence de Développement Municipal (ADM)

L'ADM est une association de droit privé financée par la Banque Mondiale et l'Etat du Sénégal dont le fonctionnement est basé sur les principaux fondements dont : l'indépendance, l'impartialité, l'économie et surtout l'efficacité.

L'intervention de l'ADM est conditionnée à la signature d'un contrat de ville entre l'ADM et les communes et cela après la réalisation d'un audit organisationnel et financier et d'un audit urbain.

Le programme d'investissement prioritaire (PIP) qui est un des volets du Programme d'Appui aux Communes (PAC) offre aux collectivités locales l'opportunité de relever entre autres leur niveau d'équipements sanitaires. Toutefois si l'ADM assure la construction d'infrastructures sanitaires, elle ne couvre pas ni les charges résultant de la mise en place du personnel ni l'entretien d'infrastructures sanitaires. Cependant, il est prévu dans le cadre du PAC un volet programme d'entretien prioritaire (PEP) qui a pour objectif principal la pérennisation des équipements et

infrastructures par une prise effective des charges récurrentes d'entretien par la collectivité locale.

II-3- 2 Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS)

Le PDIS constitue l'aboutissement à la fois des expériences et des réflexions de l'ensemble des intervenants au secteur sur le contenu et les modalités de mise en œuvre d'une politique et d'une stratégie pour améliorer l'état de santé des populations. La réussite de cette approche de programme sectoriel dépend de la collaboration étroite entre le Ministère de la santé, les collectivités locales, les populations et la communauté des partenaires au développement.

C'est dans ce cadre que s'inscrit l'organisation cyclique des rencontres entre élus locaux et les techniciens du Ministère de la Santé afin d'identifier les problèmes résultant de l'application de la décentralisation dans le secteur de la santé pour apporter les solutions idoines.

Le coût du PDIS est estimé à 229 milliards de FCFA et financé à partir de des sources suivantes :

- L'Etat à travers son budget pour 53%,
- les populations à travers du recouvrement des coûts : paiement direct (paiement au moment de l'acte) et paiement indirect par les systèmes de prévoyances maladies (mutuelles, IPM) pour 10%,
- Les collectivités locales 5,6%
- les partenaires au développement 29,6%

Dans le cadre des rencontres avec les élus locaux, un forum sur le « PDIS et Décentralisation » a été organisé le 02 et 03 février 2000 et à l'issue de la rencontre, il a été institué un Comité de suivi des recommandations du forum. Ce comité a élaboré un plan d'action qui est assorti d'un échéancier d'exécution précis et s'articule autour de trois objectifs dont chacun se décline en un nombre d'activités précises :

- Renforcer les capacités managériales des élus locaux et des différents acteurs impliqués dans la décentralisation,
- améliorer la gestion du processus de la décentralisation dans le secteur de la santé,
- renforcer les capacités financières des structures sanitaires.

II-3- 3 Le Programme National de Développement Local (PNDL) :

Il s'inscrit dans le cadre de la politique globale mise en œuvre par le gouvernement du Sénégal pour atteindre les objectifs du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et ceux du Développement pour le Millénaire (OMD).

a) Objectif général :

Contribuer à la réduction de la pauvreté par la mise en œuvre d'une stratégie de développement local en vue de la promotion de l'offre des services socio-économiques de base.

b) Objectifs spécifiques :

1- Augmenter l'accès aux besoins sociaux de base à travers des interventions à effets directs et indirects ;

2- Augmenter l'accès des populations les plus pauvres aux activités génératrices de revenus à travers les organisations de micro finances existantes ;

3- Renforcer les capacités des différentes catégories d'acteurs : Etat, Collectivités Locales, Organisation Communautaire de Base, secteur privé et ONG pour une mise en œuvre de la stratégie de développement

d) Dispositif institutionnel :

- Au niveau national:

Un comité de pilotage, présidé par le Ministre chargé de la décentralisation et des collectivités locales, regroupe l'ensemble des ministères sectoriels impliqués dans le développement local, les élus locaux, la société civile et les partenaires techniques et financiers. Il a en charge l'approbation des programmes et budgets de travail annuels du Programme.

Le secrétariat Exécutif assure la coordination et la mise en œuvre du programme.

- Au niveau régional :

Les agences régionales de développement (ARD) assurent la coordination du programme au niveau régional.

- Au niveau local :

Les collectivités locales assurent la maîtrise d'ouvrage des investissements.

e) Financement du Programme :

Le programme est financé par l'Etat, les bailleurs de fonds et les collectivités locales.

La Banque mondiale est la première institution partenaire du Programme. Elle a accordé un financement de 50 millions de dollars, pour la mise en œuvre du Projet de Développement Local Participatif (PDLP) qui consolide les acquis du Programme National d'Infrastructures Rurales (PNIR) et du Projet Fonds de Développement Social.

La Banque Africaine de Développement consolide le projet de pistes communautaires et finance le volet désenclavement du programme.

Le fonds japonais consolide son appui en Casamance par le financement de projets d'infrastructures de base et de projets économiques.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre III : Cadre d'étude

III-1 Le contexte socioéconomique et administratif du Sénégal

Le Sénégal est situé dans la partie la plus occidentale du continent Africain dans la zone soudano sahélienne. D'une superficie de 196 722 km², il est limité au nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau et, à l'ouest, il est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de cotes.

Sur le plan administratif, le Sénégal est subdivisé en onze (11) régions comportant chacune trois (3) départements, à l'exception de Dakar qui en compte quatre (4), soit trente quatre (34) départements sur l'ensemble du territoire national. Ces départements sont subdivisés en communes (au nombre de 64) et arrondissements (plus d'une centaine).

Les principaux groupes ethniques sont : les wolof (43%), les pular (24%), les sérère (15%), les diola (5%) et les mandingue (4%). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94%). On y trouve 4% de chrétiens et les autres religions représentent 2%. En 2005, la population était estimée à 11 126 832 habitants avec une espérance de vie à la naissance de 55,7 ans (HDR UNDP 2005) et un PIB en valeur nominale de 3 874 milliards de FCFA en 2004 (prix constants de 1999). La population a une structure par âge très jeune avec 55,6% ayant moins de 20 ans, et près de 64% âgée de moins de 25 ans. Les femmes représentent 52% de la population globale. La population s'accroît au rythme de 2,5% par an doublant son effectif tous les 25 ans environ. Elle est très inégalement répartie à travers le territoire national, l'essentiel étant concentré dans la partie occidentale du pays. La population urbaine (résidant dans les communes) représente 41,5% de la population globale (DPS 2004)⁸, plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique Sub-saharienne. Selon le DSRP II, seuls 37,8% des adultes (15 ans et plus) ont la capacité de lire et écrire dans une langue quelconque. La population rurale sénégalaise reste à majorité analphabète, en effet moins d'une personne résidant en milieu rural sur quatre est alphabétisée.

⁸ Direction de la Prévision de la Statistique (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie)

En outre, l'analphabétisme est beaucoup plus marqué chez les femmes (28,2% d'alphabétisées) que chez les hommes (49,1% d'alphabétisés). Le taux brut de scolarisation élémentaire est en constante progression passant de 69,4% à 79,9% entre 2001 et 2004. La scolarisation des filles dans l'élémentaire demeure encore relativement faible. Les taux de scolarisation sont de 82,4% chez les garçons et 77,3% chez les filles en 2004. Le taux d'achèvement de l'école primaire est de 44,1%.

La croissance économique du Sénégal s'est maintenue sur une pente positive avec une moyenne annuelle d'environ 5% dans un contexte d'amélioration de la gestion des finances publiques, de maîtrise de l'inflation (moins de 2% par an) et de consolidation des agrégats macroéconomiques fondamentaux. Les résultats de la deuxième enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM II), montrent que l'incidence de la pauvreté reste élevée. Même si elle a baissé de façon significative dans la période 1994-2002, la plupart de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. L'incidence de la pauvreté est tombée de 67,9% en 1994/1995 à 57,1% en 2001/2002, soit une réduction de 10,8 points de pourcentage en termes absolus et de 16% en termes relatifs.

III-2 Le contexte démographique

La population du Sénégal est estimée à 11 126 832 habitants pour l'année 2005 et aujourd'hui. Cette population est surtout concentrée dans la région de Dakar qui abrite 22,42% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. La région de Dakar enregistre ainsi une densité de population de 4 251 habitants au km² en 2004 contre une moyenne nationale de 53 habitants au km². Les régions les moins peuplées sont celles de Tambacounda et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au km². Ce sont aussi les régions les plus vastes du pays avec respectivement 29,9% et 14,8% du territoire national. Les autres unités administratives les plus peuplées sont les départements de Dakar et de Pikine qui abritent respectivement 41 % et 34 % de la population de la région de Dakar. Elles sont aussi plus peuplées que la plupart des régions. Il faut également souligner

que la communauté rurale de Touba Mosquée est presque aussi peuplée que les régions de Matam et de Ziguinchor.

L'accroissement moyen annuel estimé à 2,5% reste élevé, et est caractéristique d'une fécondité encore élevée. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est estimé à 5,3 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme). La quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS IV) donne pour la période allant de janvier 2002 à janvier 2005 un nombre moyen d'enfants vivants de 5,3, un taux brut de natalité de 39,1 pour mille, une mortalité infantile de 61 décès pour mille naissances vivantes et une mortalité juvénile de 64 décès pour mille enfants âgés de un an. Le taux de mortalité maternelle est passé de 510 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS II, 1992-1993) à 434 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes⁹.

III-3 Le contexte sanitaire

III-3-1 L'organisation du système de santé

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



⁹ EDS IV (Enquête Démographique et de Santé), 2005

Le district sanitaire :

Il 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 soixante neuf (69) districts sanitaires. Chaque district ou zone opérationnelle est géré par un médecin chef.

Les postes de santé :

Ils 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 (les ASC) ou des matrones qui ont été choisies et formées.

La région médicale :

Elle 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 sanitaires, ou sociaux rattachés à la région médicale.

Le niveau central :

Il comprend outre le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés. Rappelons que c'est la Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation qui est chargée de la gestion du soutien informationnel du programme.

Notons qu'à cette pyramide sanitaire représentant habituellement les prestataires publics, il faut ajouter un réseau de prestataires privés constitués par des cliniques, des cabinets privés, des laboratoires privés et des unités de médecine traditionnelle, qui se répartissent entre les deux derniers niveaux. C'est cet ensemble de prestataires publics et privés qui constituent le système de prestations de soins et de services de santé du Sénégal.

III-3-2 La politique de santé du Sénégal

La politique sanitaire du pays repose sur le développement des soins de santé primaires. Les objectifs du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) concernent : l'amélioration de l'état de santé de la population avec en priorité la réduction de la mortalité maternelle, de la mortalité infantile, la maîtrise de la fécondité, la réponse aux besoins de santé de la population en veillant particulièrement à l'égal accès à des soins de qualité.

La mise en œuvre de la première phase quinquennale (1998-2002) du PNDS a été réalisée à travers le Programme de Développement Intégré du Sénégal (PDIS). Au cours de cette phase, le Sénégal a amorcé un ensemble de réformes et de réorientations des interventions dans le domaine de la santé afin de rendre le système beaucoup plus performant et capable de produire des services et soins de santé répondants aux attentes des populations.

Ces réformes concernent l'organisation du Ministère de la santé, le sous-secteur hospitalier, le sous-secteur de la pharmacie et du médicament et le financement de la santé. La plupart de ces réformes reposent, entre autres, sur les principes de bases suivants :

- Une politique de soins de santé mettant l'accent sur la prévention ;
- Un système de cofinancement des soins entre pouvoirs publics et communautés ;
- Une décentralisation des services de santé permettant de garantir la participation des populations et la responsabilisation des collectivités locales.
- Une réforme hospitalière.

L'évaluation du PDIS a permis de faire la situation sur les progrès réalisés et les nouveaux défis en relation avec la lutte contre la pauvreté, le contenu du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et les Objectifs du Millénaire (OMD). Il est vrai que le Sénégal est engagé, à l'instar des autres pays du Continent, dans l'atteinte des OMD1 d'ici à 2015. Cet engagement suppose une action soutenue de l'État et de ses partenaires en faveur de la santé. Il doit se traduire par

la mise en place d'un système de santé adéquat répondant aux besoins de plus en plus croissants des individus, des familles et des communautés en matière de santé, ceci dans un esprit d'équité et de justice sociale.

La deuxième phase du PNDS, dans un souci de consolider les acquis et de promouvoir la prévention, se présente dans un cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT) pour atteindre les objectifs sectoriels fixés en termes de réduction de la charge de morbidité et mortalité des mères et des enfants. La politique nationale de santé met un accent particulier sur les groupes vulnérables et initier une démarche fédératrice des initiatives nationales et internationales (DSRP, SCA, CDSMT, OMD, CMS) autour des axes stratégiques suivants :

1. Améliorer la qualité, la disponibilité et la performance des ressources humaines;
2. Améliorer l'accès des groupes vulnérables à des services de santé de qualité
3. Renforcer la prévention et développer la communication pour le changement de comportements
4. Améliorer les capacités institutionnelles du secteur de la santé
5. Promouvoir le partenariat et la contractualisation dans le domaine de la santé
6. Renforcer le suivi évaluation de la performance des structures de santé
7. Améliorer les mécanismes de financement de la santé

Chapitre IV: Méthodologie de la recherche

IV-1 Outils de la recherche

Il s'agit dans notre étude, de faire une analyse de flux financiers afin de dégager l'effort consenti par les collectivités locales pour le renforcement du système de santé à partir d'une démarche analytique.

L'étude que nous menons, est une étude descriptive de nature rétrospective en ce sens qu'elle porte sur les données des comptes nationaux de la santé du Sénégal de l'année 2005. Par conséquent, l'exploitation de ces données reposera sur la méthodologie des CNS. Pour cela nous allons d'abord faire une présentation des CNS d'une part et d'autre part procéder à une classification des différents acteurs du financement selon la codification harmonisée dans l'espace CDEAO.

IV-1-1 Définition et Présentation des CNS

Dans le guide pour l'élaboration des CNS avec les applications spécifiques pour les pays à faible et moyen revenu (OMS 2003), les comptes nationaux de la santé constituent une série de tableaux standards qui retracent les flux financiers du 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). En effet les résultats inscrits dans ces tableaux sont basés 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 dispensés¹⁰. Ils sont principalement utilisés par les décideurs politiques des systèmes de santé et les managers qui utilisent les données dans leurs efforts d'améliorer leurs résultats et le management du système.

Les comptes nationaux de la santé constituent un instrument de mesure de la dépense nationale de santé (DNS). Ils enregistrent, outre la part du secteur public, la

¹⁰ K. B. MARCEL, CESAG 2008 (Module sur les CNS).

part du secteur privé et la contribution des donateurs et permettent ainsi à un moment donné de décrire de manière détaillée l'origine des ressources, leur utilisation et les bénéficiaires. Ils quantifient et analysent les différents flux entre les acteurs du système de santé et permettent également de bâtir des indicateurs pertinents afin de mesurer et surtout d'orienter les efforts consentis dans le financement.

Les données des CNS sont organisées sous quatre tableaux principaux à savoir :

- Les dépenses de santé par source de financement et par type d'agent de financement,
- Les dépenses de santé par Agents de financement et par Prestataires
- Les dépenses de santé par type de prestataire et par type de fonction
- Les dépenses de santé par type d'Agent de financement et par type de fonction.

Chaque tableau des CNS présente les flux de fonds entre deux entités. L'une de ces entités peut être considérée comme « *l'origine* » des fonds et la deuxième comme « *l'utilisation* » de ces fonds. Par convention la dimension « *origine* » est présentée en colonnes du tableau et la dimension « *utilisation* » en lignes. En suivant cette règle, chaque cellule du tableau indique le montant des ressources utilisées pour la catégorie « *i* » des lignes « *utilisations* » par la catégorie « *j* » des colonnes « *origine* » (dépensé par *j* en *i*).

La méthodologie des comptes nationaux de la santé adopte les principes de base de la comptabilité de la santé du système des comptes nationaux de santé de l'OCDE. C'est une classification internationale du système des comptes nationaux de la santé, qui classe par catégorie chaque type de dépense de santé. Cependant, une flexibilité est accordée dans la pratique des CNS, permettant d'adopter les dépenses des systèmes de santé à la spécificité de leur contexte tout en suivant les recommandations du guide.

IV-1-2 Les acteurs du financement de la santé (les principales catégories d'entités)

Selon la classification recommandée par le guide d'élaboration des CNS, on distingue quatre principales catégories d'entités du financement de la santé :

- **Les sources de financement** : Organisations ou entités qui fournissent les fonds utilisés dans le système par les agents de financement.
- **Les agents de financement** : Organisations ou entités qui canalisent les fonds fournis par les sources de financement et les utilisent pour payer ou acheter les activités comprises dans le champ délimité des comptes de la santé.
- **Les prestataires de soins** : Entités qui reçoivent de l'argent en échange de quoi ils ont réalisé ou prévoient de réaliser un ensemble d'activités comprises dans le champ délimité des comptes de la santé.
- **Les fonctions de soins** : Elles font référence aux services ou aux activités que les prestataires font. Les informations à ce niveau répondent à la question « quel type de service, de produit ou d'activité a réellement été produit ? ». Les soins curatifs, les produits médicaux (p.ex. les médicaments), les services préventifs et l'administration de la santé en sont des exemples.

IV-1-3 Classification et codification des différentes catégories d'entités :

Nous avons suivi la classification des CNS proposée par l'OCDE (Organisation pour la Coopération et le Développement Economique). C'est une approche qui consiste à regrouper les différents acteurs de la santé en catégorie avec des caractéristiques communes. Les principales catégories de classification internationales des CNS sont :

- Les sources de financements indiqués par le code FS
- Les agents de financements, indiqués par le code HF
- Les prestataires, indiqués par le code HP
- Les fonctions de soins de santé indiquées par le code HC

Les principales catégories dûment subdivisées et codées numériquement, sont décomposées en sous- catégories/sous classification internationale des CNS. Cependant, une flexibilité est accordée dans la pratique des CNS, permettant d'adopter les dépenses des systèmes de santé à la spécificité de leur contexte tout en suivant les recommandations du guide.

IV-2 L'analyse documentaire

Elle nous a permis de faire la situation socio-économique et administrative du Sénégal, mais aussi la décentralisation de la santé qui fait l'objet de contribution financière des collectivités locales. Elle nous a également permis d'avoir, une vision d'ensemble sur les expériences en matière de décentralisation et du financement de la santé aussi bien au niveau national qu'international.

IV-3 La population d'étude et échantillonnage

Il s'agit des collectivités locales. Avec la régionalisation qui s'est traduite par le passage de la région comme collectivité locale, elles sont passées de 368 à 379 collectivités locales. Ainsi la nouvelle architecture se présente comme suit : 11 régions, 67 communes et 320 communautés rurales.

Pour les communautés rurales un échantillonnage a été effectué, ainsi sur les 320 un échantillon de 94 a été retenu. Tandis que pour les communes et les régions on n'a pas procédé à un échantillonnage.

IV-4 La collecte des données

Ces données ont été recueillies au niveau de la cellule d'appui au Financement de la santé et au Partenariat (CAFSP) du Ministère de la santé et de la Prévention où nous avons effectué notre stage. Elles ont été obtenues à partir d'un questionnaire administré aux collectivités (voir annexe 1) dans le cadre de l'élaboration des CNS de 2005. Elles ont été complétées par les données recueillies au niveau de la DAGE du Ministère de la Santé et de la Prévention, particulièrement au niveau du bureau d'analyse financière et du Ministère de l'Economie et des finances.

IV-5 Traitement des données

Après échantillonnage, 84 communautés rurales ont été interrogées sur les 94 ; 61 communes sur les 67 et 10 régions sur les 11.

Face à cette situation une extrapolation a été faite pour chacune de ces types de collectivités locales.

↳ Pour les communautés rurales (CR) :

L'extrapolation a consisté à estimer la dépense de santé dans chaque arrondissement à partir de la dépense par habitant de la CR qui y est enquêtée. Ainsi, pour un arrondissement donné, la dépense de santé a été obtenue en multipliant la dépense par habitant de la CR enquêtée par la population totale de l'arrondissement.

A noter que l'extrapolation n'a porté que sur les dépenses courantes. Quant aux dépenses d'investissement, il a été envisagé de faire l'estimation à partir des fonds d'équipement des collectivités locales (FECL).

Un traitement spécifique a été effectué pour les arrondissements dont les CR ciblées n'ont pas répondu. Les dépenses de ces derniers ont été estimées sur la base de la dépense par habitant d'un arrondissement similaire du même département.

↳ Pour les communes :

Pour les besoins d'estimation de la dépense de santé des communes, il a été procédé à la stratification de ces dernières selon le Fonds de Dotation Décentralisé alloué en 2005. Ce qui a permis de retenir huit (8) classes homogènes. Pour une classe donnée, la dépense de santé a été obtenue en multipliant la dépense moyenne (obtenue à partir des communes ayant répondu) par le nombre total de communes de la classe (y compris celles qui n'ont pas répondu).

↳ Pour les régions :

Sur les onze (11) régions ciblées, trois (3) n'ont pas répondu, à savoir Dakar, Tambacounda et Kaolack. Les dépenses de Tambacounda et Kaolack ont été

estimées à partir des subventions allouées aux hôpitaux de ces régions, tandis que la dépense de santé du Conseil Régional de Dakar est supposée négligeable, faute de compétences hospitalières de ce dernier.

Les données ont été traitées par le logiciel Epi info et le tableur Excel. Ce traitement consistera, à une codification des différents acteurs de financement d'une part et à leur croisement d'autre part conformément à la méthodologie des CNS. Ce qui aboutira à l'obtention de tableaux standard, de compte de la santé des collectivités locales en miniature par rapport au compte de santé national.

IV- 6 Les difficultés rencontrées

Comme dans tout travail de recherche nous avons été confrontés à un certain nombre de contraintes, il s'agit :

1-De l'exploitation du questionnaire contenant les informations financières des collectivités locales, ce qui rend souvent difficile de placer un montant au niveau d'un acteur de financement approprié.

2-Des difficultés financières et de temps pour rencontrer certains acteurs au niveau local. Cette situation pourrait nous permettre à s'assurer de la complétude des informations recueillies afin de faire une analyse beaucoup plus exhaustive.

Certains flux entre les acteurs du financement de la santé sont partiellement renseignés, voir même une absence de données dans certains champs.

**Chapitre V : Présentation,
analyse et interprétation des
résultats**

V-1 Présentation des résultats

A partir des résultats obtenus dans le cadre de l'élaboration des comptes nationaux du Sénégal de 2005, on a tiré toutes les informations financières concernant les collectivités locales. C'est au niveau de cette « *base collectivités locales* » que nous avons eu à travailler au cours de notre stage à la CAFSP. Après nettoyage et codification nous avons pu sortir un compte de la santé en miniature pour les collectivités locales.

L'analyse de ce dispositif de financement nous a permis de sortir trois (03) tableaux qui nous semblent nécessaires pour faire l'analyse et l'interprétation de nos résultats. Les croisements suivants ont été opérés, il s'agit :

- ❖ Sources de financement X Agents de financement (il s'agit des collectivités locales dans cette étude)
- ❖ Agents de financement X Prestataires
- ❖ Agents de financements X Fonctions

L'opération de ces différents croisements a permis l'obtention des tableaux suivants :

Tableau 1 : Le tableau Sources de financement X Agents de financement

Sources x Agents (FSXHF)		FS.1 Fonds Publics					FS.2 Fonds privés			FS.3 Reste du Monde			TOTAL	
		F.S. 1.1 Recettes de l'adm		F.S. 1.2 Autres fonds pub			FS. 2.1 ILBNL	FS. 2.4 Autres fonds		FS. 3.1 Fonds de la Coopération		FS. 3.2 Fonds des ONGs, fondations, tirages intern		FS. 3.4 Fonds sénégalais de l'ext
		FS.1.1.1 Fonds de l'Adm Cent	FS. 1.1.2 Fonds des Collect locales		FS.1.2.2 Autres									
Codes			F.S.1.1.2.1 Rég	F.S.1.1.2.2 Com	F.S.1.1.2.3 C'les rures		FS.2.4.2 Autres	FS.3.1.1 Coop bil	FS.3.1.2 Coop Mut	FS.3.1.3 Coop décentr				
HF. 1.1.3.	Collectivités locales: agents													
HF. 1.1.3.1	Régions	397 649 454								1 000 000		2 750 040	1 001 399 500	
HF. 1.1.3.2	Communes	2 621 211 709		2 077 054 251				4 045 300	218 337 500		18 538 034	136 321 653	5 075 505 447	
HF. 1.1.3.3	Communautés rurales	504 461 654			379 355 739	152 308 426	6 031 662	330 130 376			153 611 884	2 032 688 571	3 619 190 228	
Total		4 123 322 826	0	2 077 054 251	379 355 739	152 308 426	6 031 662	334 173 676	218 337 500	0	173 149 918	2 231 760 193	9 696 096 151	

-Les initiatives internationales type Fonds Mondial ou Gavi sont compris dans les sources FS.3.2

-ILBNL=institutions locales à but non lucratif

Le tableau 2 : Le tableau Agents de financement X Prestataires de soins

HF X HP	Agents X Prestataires				
		HF.1.1.3. Collectivités locales			
Codes prestataires	Intitulés des prestataires	HF.1.1.3.1 Régions	HF.1.1.3.2 Communes	HF.1.1.3.3 Communautés rurales	Total
		HP 1.	Hopitaux	933 813 798	3 961 196 866
HP 1.1	Hôpitaux généraux				
HP 1.1.1	Hôpitaux généraux publics				
HP 1.1.1.1	Hôpitaux généraux du Ministère de la Santé				
HP 1.1.1.1.2	Hôpitaux régionaux (niveau 2)	917 442 292	0	0	
HP 1.1.1.1.3	Hôpitaux de district ou de zone				
HP 1.1.1.1.3.1	Centres de santé avec bloc opératoire	16 371 506	1 915 716 090	0	
HP 1.1.1.1.3.2	Centres de santé sans bloc opératoire	0	2 065 480 776	12 200 000	
HP.3	Prestataire de soins ambulatoires	0	1 094 309 580	3 591 950 944	4 686 260 524
HP 3.4	Centres de soins ambulatoires				
HP 3.4.1	Centres de planning familial	0	45 581 737	0	
HP 3.4.9	Autres centres collectifs de soins ambulatoires et structures de soins intégrés				
HP 3.4.9.1	Postes de santé	0	1 017 303 505	3 548 320 376	
HP 3.4.9.2	Maternités rurales	0	31 424 339	43 630 568	
HP 6	Administration générale de la santé	67 585 706	0	15 039 297	82 625 003
HP 6.1	Administration publique de santé	67 585 706	0	3 310 519	
HP nsk	Prestataires non spécifiés par catégorie	0	0	11 728 778	
Total		1 001 399 503	5 075 506 446	3 619 190 241	9 696 096 190

Tableau 3 : Le tableau Agents de financement X Fonctions

HF X HC	Agents de financement X Fonctions	HF.1.1.3. Collectivités locales			
		HF.1.1.3.1 Régions	HF.1.1.3.2 Communes	HF.1.1.3.3 Communautés rurales	TOTAL GENERAL
Codes	Intitulés des fonctions				
HC.1	Services de soins curatifs	587 740 416	2 920 355 300	293 259 901	3 801 355 617
HC.1.1	Soins curatifs en milieu hospitalier pour hospitalisés (dont	489 997 172	1 547 501 051	32 735 896	2 070 234 118
HC.1.3.1	Services médicaux et diagnostic courants	97 743 245	1 319 208 890	260 335 127	1 677 287 261
HC.1.3.2	Soins dentaires	-	24 852 822	-	24 852 822
HC.1.3.4	Autres soins curatifs ambulatoires	-	28 792 537	188 879	28 981 416
HC.5	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	-	87 079 983	192 389 550	279 469 533
HC.5.1.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non c	-	87 079 983	192 389 550	279 469 533
HC.6	Service de prévention et de santé publique	2 714 286	788 038 597	169 985 547	960 738 429
HC.6.1	Santé Maternelle et infantile, services de planning familial	-	636 137 001	152 217 892	788 354 893
HC.6.3.1	Prévention maladies transmissibles (Médicaments)	2 714 286	-	-	2 714 286
HC.6.3.2	Prévention maladies transmissibles Hors Médicaments	-	132 938 593	11 718 833	144 657 426
HC.6.6	Services de promotion de la santé (SNIEPS)	-	16 690 274	4 952 910	21 643 184
HC.6.9	Autres services de santé publique	-	2 272 727	1 095 913	3 368 640
HC.7	Administration de la santé	56 532 106	-	-	56 532 106
HC.7.1.1	Administration générale de santé : publique sauf sécurité s	56 532 106	-	-	56 532 106
HCR.1	Fonctions sanitaires connexes	340 592 671	1 215 995 522	2 922 334 774	4 478 922 967
HCR.1.1	Construction et réhabilitation	210 992 582	862 868 849	1 249 108 143	2 322 969 574
HCR.1.2	Equiperment	129 600 090	353 126 673	1 673 226 631	2 155 953 393
Total Colonne (DTS des CL)		987 579 479	5 011 469 402	3 577 969 772	9 577 018 653
HCR.2	Education et formation du personnel de santé	13 820 024	64 037 044	41 220 489	119 077 537
Total dépenses des CL (DSCL)		1 001 399 503	5 075 506 446	3 619 190 241	9 696 096 190

V-2 L'analyse et interprétation des résultats

Dans ce chapitre nous allons procéder à une présentation des différents éléments et acteurs des comptes des collectivités locales et à leur analyse et interprétation. Il s'agit :

- Des Sources de financement qui ont donné les ressources aux collectivités locales ;
- Des Agents de financements qui sont représentés ici par les collectivités locales ;
- Des Prestataires qui ont produit les services de santé ou fourni des biens médicaux ;
- Des fonctions qui représentent les activités menées par les prestataires de soins et biens médicaux et fournies aux usagers en contrepartie de paiements effectués par les collectivités locales (Agents de financements).

Cette analyse se fondera sur l'exploitation des trois tableaux présentés ci-dessus.

V-2-1 Les sources de financement :

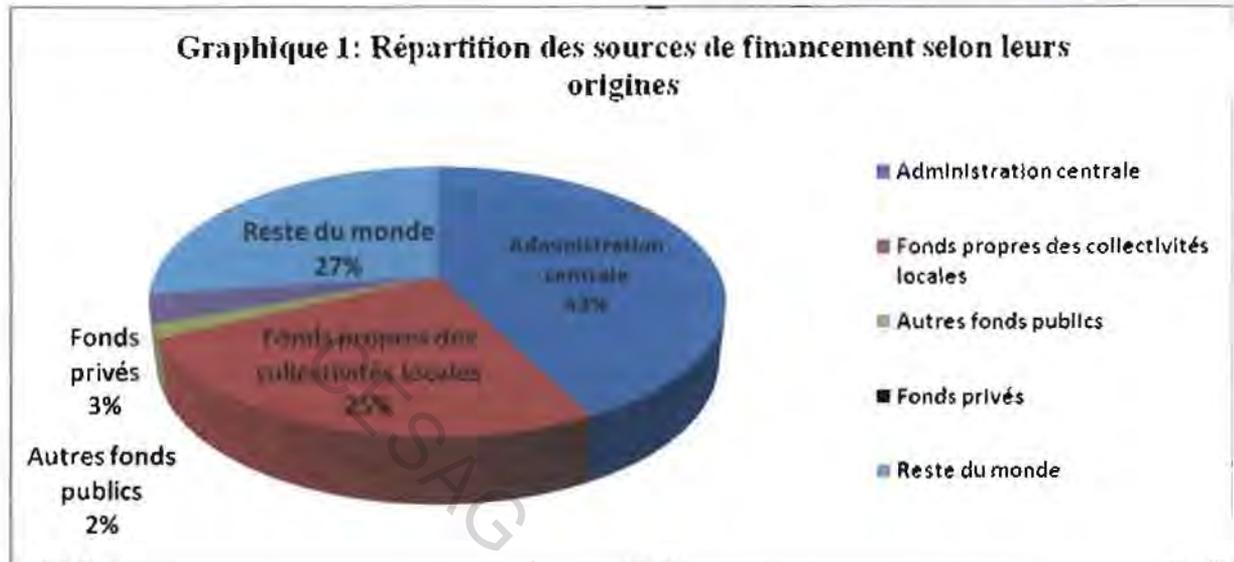
Elles sont représentées par l'ensemble de ressources mobilisées pour les collectivités locales en vue de leur utilisation par les prestataires pour l'achat de leur production en biens et services en faveur des usagers. Leur provenance est soit du secteur public soit du secteur privé.

Le tableau suivant montre la répartition des sources de financement selon leur origine.

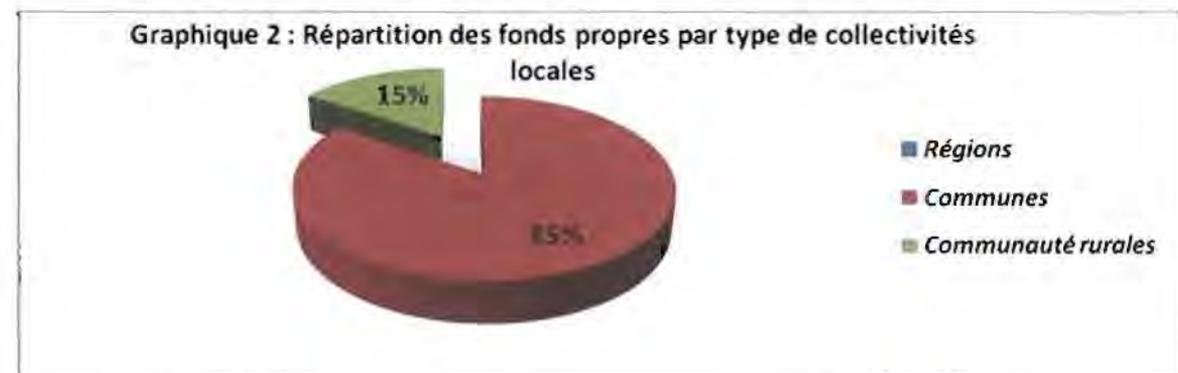
Tableau 4 : Situation des sources de financement

<i>Sources de financement</i>	<i>Montant</i>	<i>Pourcentage</i>
Administration centrale	4 123 322 826	43%
Fonds des collectivités locales	2 456 410 989	25%
Autres fonds publics	152 909 426	2%
Fonds privés	340 205 338	4%
Reste du monde	2 623 247 611	27%
Total	9 696 096 190	100%

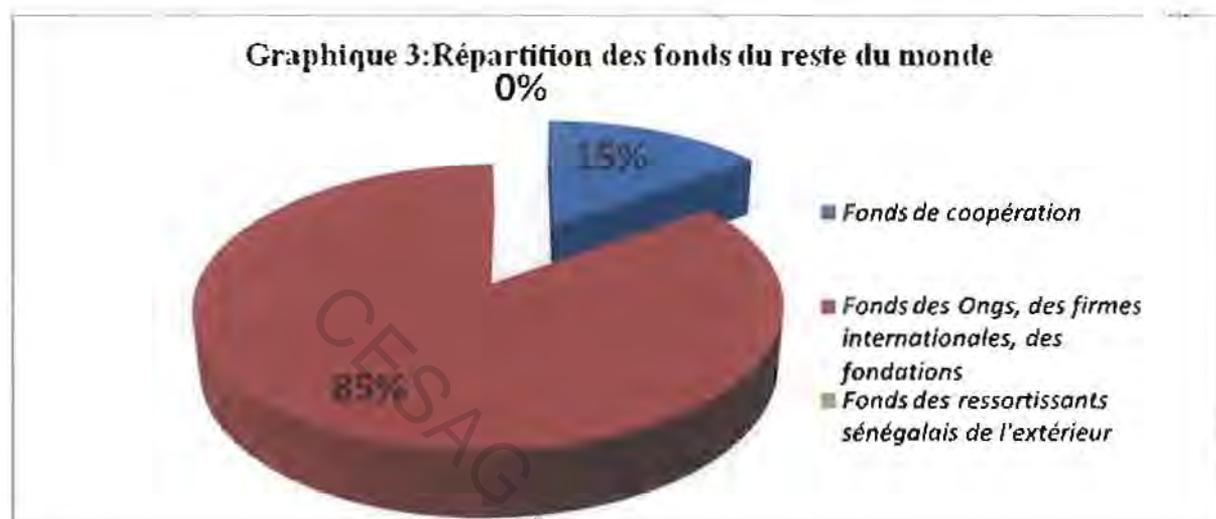
L'interprétation des sources de financement privilégie l'origine des ressources. Le graphique ci-dessous illustre le tableau 1 et indique de manière claire leur provenance et le niveau de contribution de chaque acteur de financement.



A la lecture de ce graphique, il se dégage que les fonds proviennent pour 70% des sources publiques. Les sources publiques sont constituées de la subvention de l'Etat à travers les fonds de dotation de la décentralisation, des fonds d'équipement des collectivités locales (Fonds de l'administration centrale = 43%), plus les fonds propres des collectivités locales qui représente 25% et des autres fonds publics correspondant à 2% (il s'agit essentiellement des fonds de concours). Les fonds des collectivités locales sont obtenus grâce à leurs fiscalités propres, mais il ne s'agit que des communes et des communautés rurales, la région ne dispose pas de fonds propres.

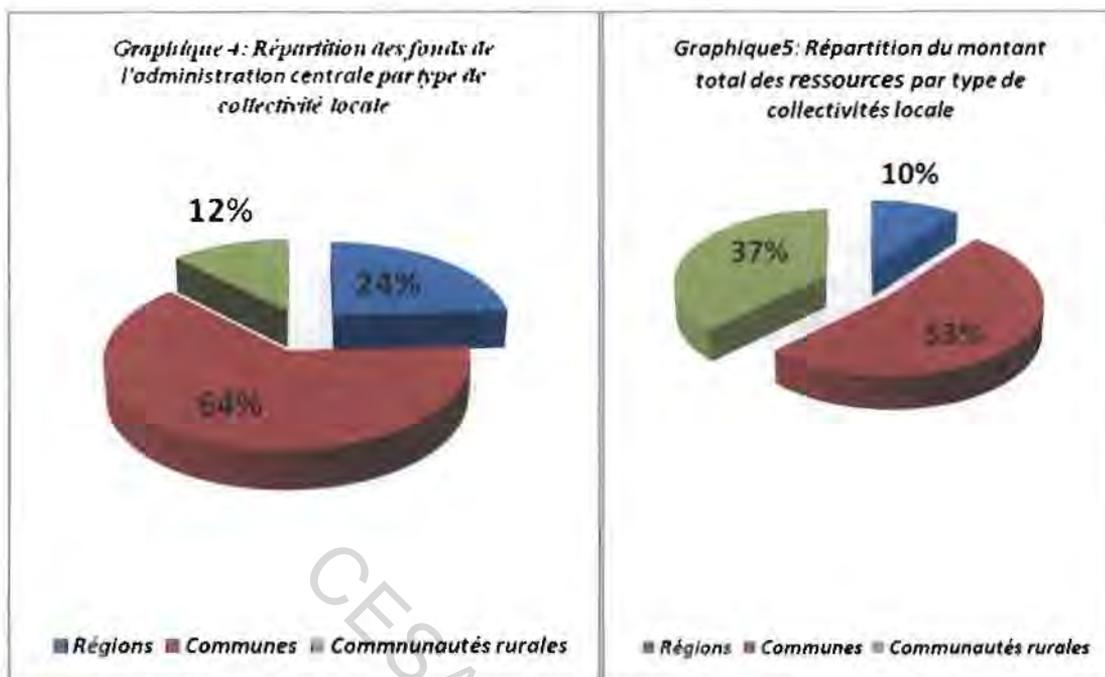


Le reste du monde vient en deuxième position après les sources publiques. Mais l'analyse du tableau **Sources X Agents** des comptes de la santé des collectivités locales donne une image plus précise de la contribution des différents acteurs du reste du monde. Il ressort de ce tableau le graphique suivant :



L'observation de ce graphique montre que les sénégalais de l'extérieur n'ont pas contribué au développement local du système de santé, sinon ils le font directement avec les structures de santé. Ce qui n'est pas conforme à la politique de décentralisation, mais aussi à la politique de contractualisation nationale qui doivent contribuer au développement d'un partenariat entre les collectivités locales et les acteurs de la base (les populations locales). Il ressort également de ce graphique, que les ONG et les fondations sont les principaux acteurs du reste du monde en matière de politique de décentralisation de la santé avec une contribution de 85% soit 2 231 760 193FCFA.

L'exploitation de ce tableau standard nous donne également une image plus précise de la répartition des fonds de l'administration centrale par type de collectivité locale, mais aussi de la répartition du montant total des ressources par type de collectivité locale. Les graphiques ci-dessous en sont une parfaite illustration.



L'analyse comparative de ces deux graphiques montre que même si les régions sont doublement financées par l'administration centrale par rapport aux communautés rurales, il n'en demeure pas moins que ces dernières occupent une part importante dans la répartition du montant total des ressources (37% contre 10%). Cette situation peut s'expliquer par la contribution importante des autres acteurs de financements au niveau des communautés rurales. Il s'agit surtout du reste du monde à travers la coopération décentralisée mais également les ONG et les fondations. Cela montre l'engagement des bailleurs à travailler directement avec les collectivités locales dans une perspective de développement communautaire.

V-2-2 Les agents de financement :

Dans le cas de cette étude ils sont essentiellement représentés par les collectivités (Régions, Communes et Communautés rurales). On les retrouve par conséquent dans toutes les analyses et interprétations des différents éléments constitutifs des comptes de santé des collectivités locales.

V-2-3 Les prestataires de soins :

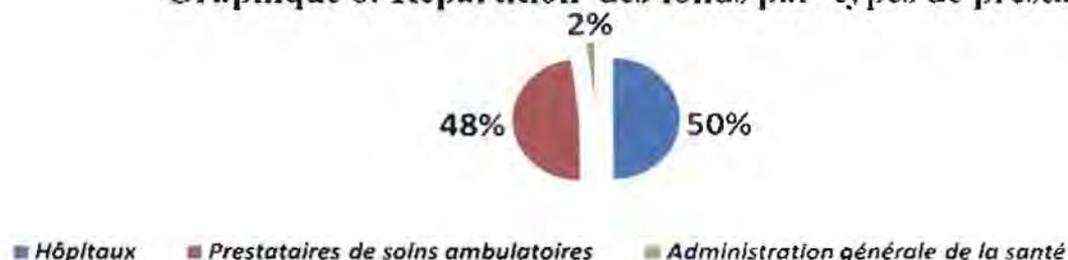
Ils sont ceux qui produisent les services de santé ou fournissent les biens médicaux en contrepartie desquels ils reçoivent des ressources des agents de financement. Dans le cas de cette étude les prestataires ci-dessous ont été identifiés et regroupés par groupe suivant la classification des comptes de la santé selon le guide de l'OCDE.

Tableau 5 : Identification des prestataires de soins

Codes prestataires	Intitulés des prestataires	Montant reçu
HP 1.	Hôpitaux	4 927 210 664
HP 1.1	Hôpitaux généraux	
HP 1.1.1	Hôpitaux généraux publics	
HP 1.1.1.1	Hôpitaux généraux du Ministère de la Santé	
HP 1.1.1.1.2	Hôpitaux régionaux (niveau 2)	
HP 1.1.1.1.3	Hôpitaux de district ou de zone	
HP 1.1.1.1.3.1	Centres de santé avec bloc opératoire	
HP 1.1.1.1.3.2	Centres de santé sans bloc opératoire	
HP3.	Prestataire de soins ambulatoires	4 686 260 524
HP 3.4	Centres de soins ambulatoires	
HP.3.4.1	Centres de planning familial	
HP.3.4.9	Autres centres collectifs de soins ambulatoires et structures de soins intégrés	
HP.3.4.9.1	Postes de santé	
HP.3.4.9.2	Maternités rurales	
HP 6.	Administration générale de la santé	82 265 003
HP 6.1	Administration publique de santé	
HP nsk	Prestataires non spécifiés par catégorie	

Ce tableau est issu du tableau **Agents X Prestataires** des comptes de la santé qui fournit des données plus détaillées quant à la répartition des fonds au niveau de ces différents acteurs.

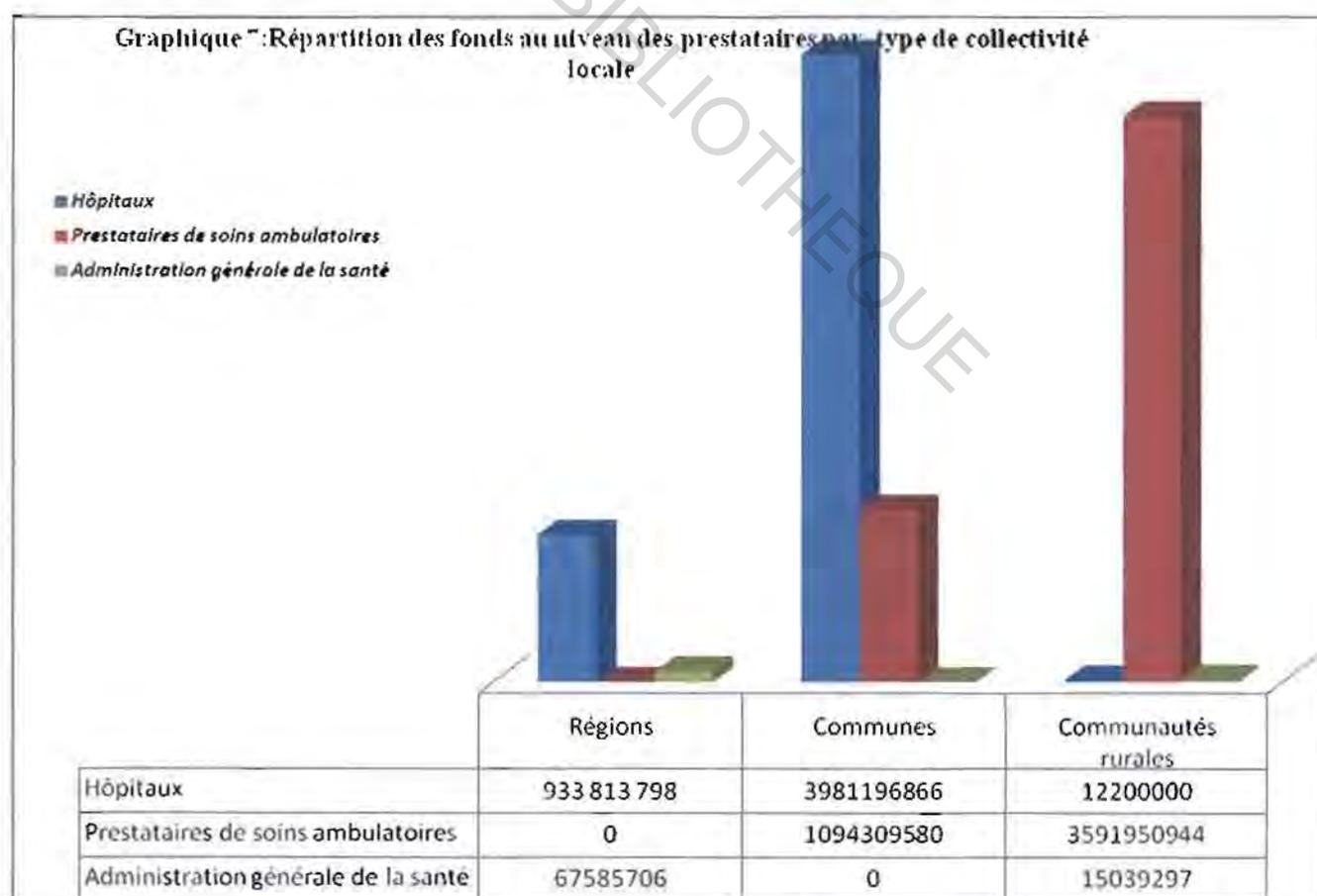
Graphique 6: Répartition des fonds par types de prestataires



L'observation de ce graphique montre que le groupe des hôpitaux est le principal bénéficiaire des fonds gérés par les collectivités avec 50% suivis des prestataires de soins ambulatoires, qui consomment 48% des fonds puis de l'administration de la santé, qui n'est financée qu'à hauteur de 2%. Cette situation n'est pas conforme à l'application des principes des soins de santé primaires. En effet les prestataires de soins ambulatoires, constitués essentiellement de structures de santé de premier recours doivent être plus financés par les collectivités locales qui sont en contact avec les populations de la base.

NB : Il est à noter que dans jargon des comptes nationaux de la santé, les centres de santé sont classés dans le groupe des hôpitaux.

Le tableau 2 ainsi que le graphique 6, nous donnent juste une répartition du montant total des fonds au niveau de chaque groupe de prestataires, mais ils ne nous permettent pas de les mettre en relation avec les différents agents de financement. Le graphique suivant nous permet d'établir une telle relation.



- *Au niveau des régions :*

On remarque que le groupe des hôpitaux est plus financé, il s'agit essentiellement des hôpitaux régionaux (de niveau 2) et les hôpitaux de zone ou de district (centres de santé avec bloc opératoire). Les prestataires ambulatoires ne reçoivent pas de fonds venant des régions. Cette situation est conforme à la loi de la décentralisation qui confie la gestion des hôpitaux de niveau 2 aux régions. D'ailleurs les présidents de conseils régionaux sont d'office leurs présidents de conseil d'administration. L'administration de la santé est faiblement financée par les régions (7% contre 93% pour les hôpitaux).

- *Au niveau des communes :*

On note une tendance semblable à celle des régions sauf que les communes n'ont pas financé l'administration de la santé. Les hôpitaux sont représentés ici par les centres de santé avec et sans bloc (hôpitaux de district ou de zone). Quant aux prestataires de soins ambulatoires ils sont composés des centres de planification familiale et des postes de santé.

- *Au niveau des communautés rurales :*

A ce niveau on note une tendance inverse à celle des communes et des régions avec une forte mobilisation des fonds vers les prestataires de soins ambulatoires au détriment des hôpitaux. Cela est tout à fait normal dans la mesure où, au niveau de chaque communauté rurale il existe un poste de santé et dans les villages, des cases et maternités rurales sont construites. A cela s'ajoutent l'application des dispositions relatives aux compétences de la communauté rurale en matière de santé. Le conseil rural a en charge, la construction, l'équipement, l'entretien et la maintenance des infrastructures et la logistique des postes de santé, des maternités rurales et cases de santé rurales.

Les communautés rurales financent plus l'administration de la santé que les communes et les régions, toutefois elle est faiblement représentée par rapport aux autres prestataires.

V-2-4 Les Fonctions de la santé :

L'ensemble des activités dévolues aux prestataires de soins et bien médicaux fournies aux bénéficiaires, en contre partie des paiements réalisés par les agents de financement, constitue les fonctions.

Il faut rappeler que la dépense de santé des collectivités locales (DSCL) de l'année 2005 s'élève à **9 696 096 190FCFA** soit **6%** de la dépense nationale de santé. Elle est constituée de la dépense totale de santé qui est de 5 011 469 402FCFA et de la dépense pour l'éducation et la formation qui s'élève à 119 077 537FCFA (voir tableau **Agents/Fonctions**)

Cette dépense est répartie comme suit :

Tableau 6 : Situation des fonctions de la santé

Fonctions	Montant	Pourcentage
Services de soins curatifs	3 801 355 617	39%
Biens médicaux pour patients ambulatoires	279 469 533	3%
services de prévention et Santé publique	960 738 429	10%
Administration de la santé	56 532 106	1%
Fonctions sanitaires connexes	4 478 922 967	46%
Education et formation du personnel de santé	119 077 537	1%
Total	9 696 096 190	100%

Le graphique suivant montre la part de la dépense totale affectée à chaque groupe de fonction.



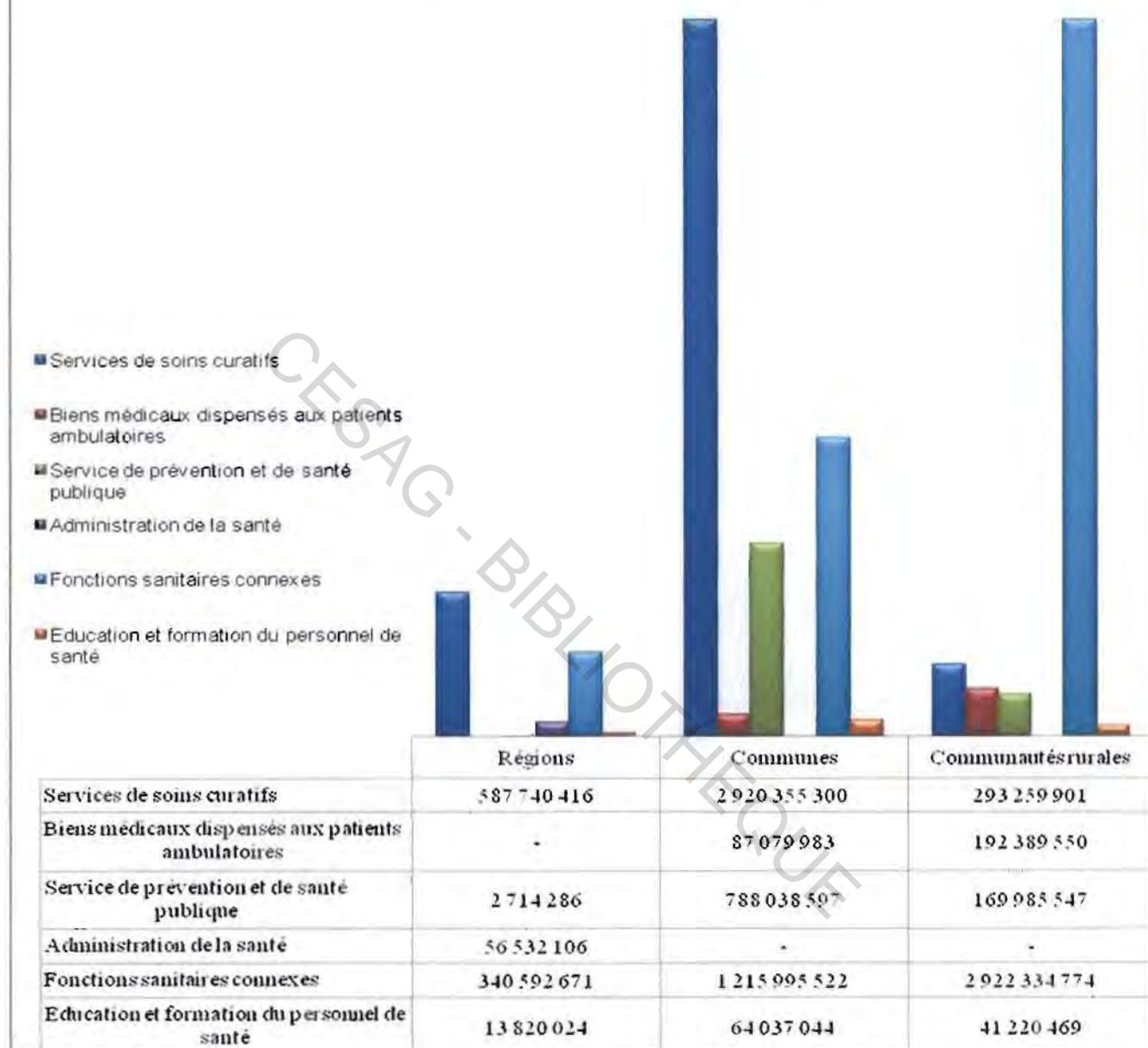
Ce graphique montre la même tendance que celle notée dans les comptes nationaux, avec des dépenses de services de soins curatifs plus importantes que les dépenses de services de prévention et de santé publique. Les dépenses de soins curatifs représentent 39% de la dépense de santé totale des collectivités locales alors que les soins de prévention sont financés à hauteur de 10%. Dans le compte global national, la dépense nationale est de 254 196 425 119 FCFA, les services de soins curatifs sont financés à hauteur de 80 769 555 227 FCFA soit 32% de la dépense nationale de santé et les services de prévention et de santé publique à hauteur de 56 448 820 197 FCFA soit 22%.

Ces différentes proportions ne sont pas conformes à la politique nationale de santé du Sénégal. En effet l'Etat sénégalais à travers cette politique s'est engagé dans une perspective de résolution des problèmes de santé des populations. Et dans ce cas, les interventions promotionnelles et préventives doivent bénéficier de la plus grande partie des ressources allouées à la santé. Malheureusement tel n'est pas le cas au Sénégal et en Afrique de manière générale.

Le pourcentage, plus élevé des dépenses liées aux fonctions sanitaires connexes, pourrait se justifier par l'application des dispositions de loi 96-07 du 22 mars portant transfert de compétences aux collectivités locales. En effet selon les dispositions réglementaires du décret d'application, elles assurent la construction, la réhabilitation et l'équipement des structures de santé.

Le graphique ci-dessous nous donne une idée de la répartition de la dépense totale par fonction et selon le type de collectivité locale (Régions, Communes ou Communautés rurales).

Graphique 9: Répartition de la dépense totale par type de fonction selon les collectivités locales



En se référant à la politique nationale de santé citée plus haut on peut dire que les activités de prévention sont plus financées par rapport aux soins curatifs. On observe la même tendance au niveau de la répartition des fonds alloués dans chaque type collectivité locale.

Au niveau des communes les services de soins curatifs sont largement financés par rapport aux autres fonctions, il en est de même pour les fonctions sanitaires connexes dans les communautés rurales.

A la lumière de ces constatations, on pourrait s'interroger sur la pertinence de l'offre de soins, si l'on sait que les populations sont toujours confrontées à des problèmes de santé alors que l'on continue à construire des infrastructures sanitaires, à les équiper et à les réhabiliter. C'est une question qui doit susciter un débat surtout au niveau des bailleurs qui sont les principaux financeurs de ces fonctions sanitaires connexes, pour un choix pertinent de l'allocation de leurs ressources.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Chapitre VI : Conclusion et
recommandations**

VI-1 Conclusion

Le financement de la santé est une question cruciale, un casse tête pour tout responsable en charge d'une quelconque politique sanitaire. Aussi, force est de constater que dans bon nombre de nos collectivités locales, le volume des moyens financiers mobilisés pour la santé n'est pas connu avec une grande précision. Conséquence, les décisions prises pour leur allocation ou leur utilisation sont rarement fondées. L'un des instruments pertinents pour aider les décideurs d'opérer un meilleur choix possible, d'apprécier l'utilisation des ressources, de suivre et d'évaluer la performance ou l'efficacité du systèmes de santé à travers l'implication des collectivités locales, demeurent les comptes nationaux de la santé. La présente étude permettra de relever dans une certaine mesure ce défi, en ce sens qu'elle a permis de faire un suivi des flux des fonds gérés par les collectivités locales.

Après analyse et interprétation, nous aboutissons aux conclusions suivantes :

- Une hétérogénéité des acteurs pris en compte dans le cadre de l'élaboration des comptes nationaux de la santé avec une dépense de santé de collectivités locales (DSCL) qui est de 9 696 096 190FCFA. Ces différentes sources de financement qui sont par ailleurs les principaux acteurs de la décentralisation ont des niveaux de contributions différentes. En effet l'administration centrale à travers les FDD et les FECL financent la santé au niveau local à hauteur de 43% du montant total des sources, suivi du reste du monde (27%), des fonds propres (25%), des fonds privés (3%), et des autres fonds publics (2%). Ce qui fait un total de 45% pour l'administration centrale si on y ajoute les autres fonds publics constitués essentiellement des fonds de concours.

Ces résultats nous poussent à dire que la décentralisation des services de santé est loin d'être une réussite (les collectivités locales ne financent que 25%, alors qu'on se place dans une dynamique d'autonomie de gestion locale.). Ainsi, si l'on se borne à l'étude des seuls aspects juridiques et financiers des transferts de compétences, la réforme issue de la loi du 22 mars 1996 ne peut manquer d'apparaître à la suite de cette évaluation comme une mutation pour le moins incomplète : elle ne met pas fin à des pratiques financières antérieures tout à fait détestables et qui survivent malgré

la réforme des compétences locales. On peut citer ici, la tutelle financière trop étroite de l'Etat maintenant les collectivités territoriales dans une situation de dépendance.

Il est ainsi nécessaire d'inciter les collectivités locales à investir davantage dans la santé qui est une des compétences qui leur est transférée par la loi de décentralisation. Des aménagements de la fiscalité locale seraient nécessaires pour un accroissement des ressources destinées à la santé.

- L'étude révèle également qu'au niveau des prestataires le groupe des hôpitaux reste le plus financé (50%) dans le cadre de la compétence transférée santé. Il en est de même pour les fonctions de la santé qui sont largement dominées par les services de soins curatifs par rapport aux soins de prévention (39% contre 10%).

- Nous avons pu noter aussi des limites et des difficultés liées à certains flux de financement qui sont partiellement renseignés. Ce qui requiert ainsi une analyse plus exhaustive.

Nous préconisons donc, une étude plus poussée qui sera fondée sur l'analyse de l'exhaustivité et de la complétude des comptes nationaux de la santé du Sénégal.

VI-2 Recommandations

En tenant compte de tout ce qui précède tant pour les résultats de cette étude que pour l'atteinte des objectifs de la politique nationale de santé, il nous semble nécessaire d'apporter notre contribution à travers ces quelques recommandations au niveau des acteurs impliqués dans la décentralisation :

✓ A l'endroit de l'administration centrale :

a-Dans le cadre de la poursuite de l'exercice d'élaboration des comptes de la santé, l'Etat doit adopter un système approprié d'enregistrement des données financières et physiques et renforcer le système d'information sanitaire et de gestion. Ce qui permettra de connaître réellement les besoins en santé et les dépenses auxquels on doit faire face.

b-Il faudrait également créer des structures décentralisées, qui pourront centraliser périodiquement les données sanitaires et financières. Elles pourront ainsi collaborer avec les régions médicales et les agences régionales de la statistique.

c- Elaborer des politiques sanitaires pouvant stimuler la demande de soins pour favoriser une réorientation des ressources qui jusqu'à présent sont en faveur de l'offre de soins.

d- Mobiliser des ressources supplémentaires des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux pour appuyer les initiatives locales.

✓ *A L'endroit des collectivités locales :*

a-Former le personnel administratif pour une meilleure maîtrise des flux financiers et un contrôle des dépenses, en accord avec les pratiques comptables en vigueur. La formation des élus locaux et des agents de collectivités locales, en vue d'améliorer leur performance est devenue aujourd'hui une nécessité incontournable.

b- Participer à côté des comités de santé à la planification afin de relever les défis sanitaires et sociaux dont elles sont confrontées dans le contexte de la décentralisation. Ce qui permettra de procéder à des mesures correctives pour pallier les conflits entre les comités de santé et les comités de gestion institués auprès des infrastructures sanitaires.

c- Contribuer à la gestion des actions communautaires (dons des ressortissants des sénégalais de l'extérieur par exemple, dons des ONG), afin de les inscrire dans un cadre beaucoup plus formel. En effet les collectivités locales peuvent bénéficier de ressources provenant de la coopération décentralisée à travers les jumelages, ou obtenues par le biais de certaines institutions internationales de coopération décentralisée comme la Fédération Canadienne des Municipalités, la Fédération Mondiale des Villes Jumelées, Cités-Unies etc. D'autres ressources leur proviennent des organisations non gouvernementales (O.N.G.) dont certaines interviennent au niveau des collectivités locales. Toutefois, la plupart de leurs actions et interventions se font de façon non concertée avec les élus locaux mais également d'une manière dispersée.

d- Elaborer des politiques locales de contractualisation pour une meilleure harmonisation des interventions au niveau communautaire. Il est important que ces

interventions locales s'inscrivent dans le respect de la politique nationale de contractualisation élaborée en 2004, pour contribuer à une meilleure exécution de la politique nationale de santé.

e – Saisir les opportunités offertes dans le cadre de la coopération décentralisée.

✓ ***A l'endroit des prestataires de soins:***

Ils sont les intermédiaires entre les populations et les collectivités locales, par conséquent leur implication dans le processus de décentralisation est d'une importance capitale. Ils doivent collaborer avec ces structures pour relever certains défis liés à la contractualisation avec les ONG, les OCB ou dans le cadre de la coopération bilatérale et décentralisée. Ce qui favorisera une harmonisation des interventions au niveau local.

Références bibliographiques

- 1- **Abdou Aziz LO** : Décentralisation de la santé et accessibilité aux soins : Le cas de la ville de Pikine.
- 2- **Alain Destexhe** : Crise économique et financement de la Santé, Médecins sans frontières, 1987
- 3- **CRDI** : L'impact de la décentralisation sur les services de santé et d'éducation en Afrique de l'ouest et du centre.
- 4- **François P. DIOP, Ngoné Touré SENE et Robin BARLOW** : Synthèses d'Etudes relatives au financement de la santé Sénégal, Abt Associates Inc, septembre 1991
- 5- **HCUBURUNDI Sosthène** : Essai de définition des critères d'allocation du Fonds de dotation destiné à la santé dans le cadre de la décentralisation au Sénégal. Mémoire de DESS Economie de la Santé, CESAG décembre 2003
- 6- **Jean MEDARD** : Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun, octobre 2008.
- 7- **Joseph KUTZIN** : Politique de financement de la santé : un guide à l'intention des décideurs, OMS 2008.
- 8- **Sciences for Health, Inc** 2001.
- 9- **Ministère de l'Economie et du Plan** : Séminaire sur la pauvreté et décentralisation, juillet 2003.
- 10- **Ministère de l'Economie et des Finances, Direction de la prévision et de la statistique** : Rapport de synthèse de la deuxième enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM II) juillet 2004
- 11- **Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal** : Protocole d'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé de l'année 2005.

12-Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Centre de Recherche pour le développement Humain : Enquête Démographique et de Santé Sénégal (EDS IV) avril 2006.

14-Ministère de la Santé et de la Prévention CAFSP, document de validation des données comptes nationaux de la santé de l'année 2005, septembre 2008.

15-Ministère de la Santé du Rwanda : Document de politique de la Décentralisation, avril 2003.

16-OMS : Guide d'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé.

17-OMS : Rapport sur la Santé dans le monde 2006.

18-OMS : Objectifs du Millénaire pour le Développement, rapport 2008.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexes

**Annex1 : Questionnaire destiné aux collectivités locales dans le cadre de
l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé (CNS)**

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE
PUBLIQUE ET DE LA
PREVENTION MEDICALE



AGENCE NATIONALE DE LA
STATISTIQUE ET DE LA
DEMOGRAPHIE

MSPPM

ANSD

**Enquête Nationale pour l'élaboration des
COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE**

Année 2005

QUESTIONNAIRE : Collectivités locales

Monsieur le Ministre,

Le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale a démarré le processus d'élaboration des Comptes nationaux de la santé et du sous-compte santé de la reproduction pour l'année 2005. Il s'agit de déterminer la dépense totale en santé du Sénégal et de décrire les flux des fonds utilisés entre les sources de financement et les bénéficiaires.

Ainsi, dans le cadre de cet important exercice, nous souhaiterions obtenir auprès de vos services les informations permettant d'analyser et de circonscrire les dépenses sanitaires de votre ministère, d'une part, et d'appréhender votre participation aux efforts consentis pour améliorer la santé au Sénégal, d'autre part.

A cet égard, je vous saurais gré des dispositions qu'il vous plaira de faire prendre pour remplir ce questionnaire conçu par l'équipe technique chargée d'élaborer les Comptes nationaux de la santé.

Abdou FALL

SECTION 1. IDENTIFICATION

1. Nom de la Collectivité locale : _____ code
/ _ / _ / _ /
2. Type collectivité locale : 1.Région ; 2.Commune ; 3.Communauté
Rurale
3. Prénom et Nom du
Répondant : _____
4. Poste et service du répondant :

5. N° téléphone du répondant : _____ - _____ - _____
6. Adresse électronique du répondant :

7. Date de remplissage du questionnaire : _____ jj-mm-aa / _ / _ / _ / _ /
/ _ / _ /
8. Date de passages : 1er passage : / / - 2^{eme} passage : / / -
3^{eme} passage : / /
9. Contrôlé par : _____ code contrôleur :
/ _ / _ / _ /
10. Supervisé par : _____ code superviseur :
/ _ / _ / _ /

SECTION 2 : COMPTE GLOBAL

PARTIE A. FONDS RECUS

Identifier dans le tableau ci-dessous les différents projets ou programmes, exécutés en 2005 pour lesquels des fonds ont été utilisés y compris vos ressources propres. Décrivez en les principales activités et indiquer le montant reçu par source de financement.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 1

C1	C2	C3	C4	
Projets/ programmes autres activités de santé	Activités	Noms de la source de financement	Montant en FCFA	
			C41 en espèce	C42 Valorisation du don

CESAG - BIBLIOTHEQUE

--	--	--	--	--

CESAG - BIBLIOTHEQUE

* valoriser si possible les dons en nature autrement indiquer la liste.

Annexe 2 : Indicateurs de l'état de santé au Sénégal

INDICATEURS	BASE	2007
Taux de mortalité au Sénégal	18 ‰	
Taux de mortalité maternelle	510/100 000 NV EDS II (1992)	401/100 000 NV EDS IV
Mortalité Infantile	68‰ EDS III (97) 64‰ selon l'ESIS 99 70‰ MICS 2000	61 ‰ EDS IV (2005)
Mortalité Juvénile	76‰ EDS III (97) 81‰ MICS 2000	64‰ EDS IV
Mortalité Infanto Juvénile	140‰ EDS III (97) 145‰ MICS 2000	121‰ EDS IV
Mortalité néonatale Précoce	31‰ ESIS 1999	35‰ EDS IV
Malnutrition chronique chez l'enfant	22,5% EDS III	16% EDS IV
Émaciation	6,7% EDS III	5% EDS IV
Maladies diarrhéiques chez l'enfant	15% EDS III	22% EDS IV
Allaitement maternel exclusif	13% EDS III	34% EDS IV
VAT II	83% EDS III	90% EDS IV
Couverture Vaccinale (Tout antigène confondu)	49% EDS III	59% EDS IV
Taux prévalence du SIDA pop générale	1,5 en 2003 sites sentinelles	0,7% EDS IV
Taux prévalence du SIDA femmes enceintes		0,9% EDS IV
Désir d'espacement des naissances des femmes	39% EDS III	39% EDS IV
Prévalence du paludisme	40,7 EDS III	30,69% (2002 SNIS)
Femmes ayant effectué une consultation prénatale pendant la grossesse	64% EDS I 74% EDS II 80% EDS III	93% EDS IV
Couverture en CPN3	19% 1996 (PDIS)	39% 2002 (PDIS)

Accouchements assistés par personnel de santé	47% EDSII (1992) 32% 1996 (PDIS) 47% EDSIII (1997) 48% ESIS (99) 55% 2002 (PDIS)	51,9% EDS IV
Taux de césariennes pour 100 naissances vivantes attendues	0,66% en 1992 0,60% en 1996	1,7% en 2001
Accouchement dans les structures sanitaires	47% EDS II 48% EDS III 50% ESIS (99)	61,8% EDS IV
Prévalence Contraceptive	2,4% EDS I 4,8% EDS II 8,1% EDS III	10,3% EDS IV
Indice Synthétique de Fécondité	6,6% EDS I (86) 6,0% EDS II (92) 5,7% EDS III	5,3% EDS IV (2005)

Annexe 3 : Les indicateurs issus des CNS

Indicateurs	Intitulés	Formules	Résultats
Indicateurs généraux	Dépense Nationale de Santé (DNS)	Total Dépenses Santé	254 196 425 119
	dépenses totales de santé (DTS)	Total des dépenses de santé (hors HCR2 jusqu'à HCR5)	247 491 083 850
	Les dépenses totales de santé per capita	DTS / population du Sénégal	22 832
	Part des dépenses totales de santé dans le PIB	DTS / PIB	6,39%
Indicateurs de contribution au financement	Part des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales de santé	Dépenses publiques de santé / dépenses totales de santé	36,05%
	Contribution des partenaires extérieurs à la Dépense Totale de Santé	Dépense totale des partenaires extérieurs / DTS	20,17%
	Contribution des partenaires extérieurs à la Dépense publique de santé (<i>indicateur de dépendance</i>)	Dépense des bailleurs de fonds / Dépenses publiques de santé	31,12%
	Contribution des ménages à la dépense totale de	Dépense des ménages / DTS	38,23%

Indicateurs	Intitulés	Formules	Résultats
	santé		
	Part des contributions extérieures gérées l'État dans le total des contributions extérieures	Dépenses extérieures gérées l'Etat / Dépenses Reste du Monde	78,22%
	Contribution des assurances commerciales à la dépense de santé privée (auprès des prestataires)	Dépenses des assurances chez les prestataires / Total dépenses privées auprès des prestataires	9,99%
	Contribution des mutuelles à la dépense de santé privée (auprès des prestataires)	Dépenses des mutuelles de santé / Total dépenses privées auprès des prestataires	1,21%
	Contribution des IPM à la dépense de santé privée (auprès des prestataires)	Dépenses des IPM / Total des dépenses privées auprès des prestataires	7,65%
Indicateurs financiers de couverture médicale	Part des mutuelles de santé dans le secteur des assurances privées	Dépenses des mutuelles de santé/ Total des dépenses des assurances privées	6,23%
	Part des IPM dans le secteur des assurances privées	Dépenses des IPM / Total des dépenses des assurances privées	39,45%
	Part des sociétés d'assurances	Dépenses des SAP / Total des dépenses des assurances privées	51,52%

Indicateurs	Intitulés	Formules	Résultats
Indicateurs de répartition des dépenses au niveau de la pyramide sanitaire	privées(SAP) dans le secteur des assurances privées		
	Part des paiements directs des ménages dans les dépenses privées (ménages + assurances)	Paiement direct des ménages/Total dépenses directes et indirectes des ménages	88,31%
	Part du financement public vers les postes de santé et maternités rurales dans le financement public des prestataires de soins publics	Dépenses publiques vers les postes de santé et maternités rurales/ Dépenses publiques vers les prestataire publics de soins (programmes Publiques,CNTS,CNAO,CTD non compris)	10,16%
	Part du financement public vers les centres de santé dans le financement public des prestataires publics de soins	Dépenses publiques vers les centres de santé/ Dépenses publiques vers les prestataires publics de soins (Programmes Publics, CNTS, CNAO,CTD non compris dans le dénominateur	37,04%
	Part du financement public vers le niveau périphérique (districts = postes de santé & centres de santé) dans le financement public des prestataires publics de soins	Dépenses publiques vers les centres et postes de santé/ Dépenses publiques vers les prestataires publics de soins (Programmes Publics,CNTS,CNAO,CTD non compris dans le dénominateur	47,20%

Indicateurs	Intitulés	Formules	Résultats
	Part du financement public vers les hôpitaux dans le financement public des prestataires publics de soins	$\frac{\text{Dépenses publiques vers les hôpitaux publics}}{\text{Dépenses publiques vers les prestataires publics de soins}}$	49,76%

CESAG - BIBLIOTHEQUE