

INSTITUT SUPERIEUR DE GESTION DES ORGANISATIONS ET DES
ENTREPRISES

DESS ECONOMIE DE LA SANTE
9^{ème} PROMOTION : 2006 / 2007

THEME :

**COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE AU SENEGAL :
ETUDE DES SOUS COMPTES D'UN DISTRICT SANITAIRE
(LE DISTRICT CENTRE DE DAKAR ANNEE 2005)**



Présenté Par :

**DOCTEUR OUMAR BOUNE KHATAB
THIAM**

Décembre 2008

Bibliothèque du CESAG



ENCADREUR :

**Docteur El Hadj GUEYE
Professeur à l'Institut Supérieur de Management de la santé - CESAG**

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	3
II- CADRE DE L'ETUDE	7
III- HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	9
IV- OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	9
V- REVUE DE LA LITTERATURE.....	10
VI- METHODOLOGIE.....	27
VII- RESULTATS.....	29
VIII- ELABORATION DES TABLEAUX.....	45
IX- ANALYSE DES RESULTATS.....	50
X- RECOMMANDATIONS	56
CONCLUSION	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59
ANNEXES.....	62

DEDICACES

IN MEMORIUM

A MON PERE ET A MES FRERES ABOUBACAR ET ABDOULAYE

Je souhaite que le bon Dieu vous accueille dans son paradis.

A MA MERE

Merci pour tes prières et ta patience qui m'ont permis de réaliser ce travail. J'aurais aimé terminer ce travail en ta présence, mais le Bon Dieu en a décidé autrement un jour du 25 octobre 2008. je prie qu'il t'accepte dans son paradis.

A MON EPOUSE

Merci pour ton soutien qui ne m'a jamais fait défaut.

A MES ENFANTS

Je prie pour que ce travail puisse vous inspirer pour votre réussite scolaire.

A MES AMIS

Je vous remercie tous, plus particulièrement Mr Mourtalla MBAYE et Docteur KEBE.

REMERCIEMENTS

***A MON DIRECTEUR DE MEMOIRE, MONSIEUR EL HADJ
GUEYE***

Vous avez su faire montre d'une disponibilité pour mener ce travail.

AU PROFESSEUR LAFARGE

Merci pour votre disponibilité

***AU PROFESSEUR BAYE ASSANE DIAGNE, CHEF DE SERVICE
DE L'UROLOGIE -HALD-***

Vos conseils m'ont permis de réaliser ce travail, merci.

***A MADAME FATOUMATA GUEYE, ASSISTANTE A L'INSTITUT
DE SANTE DU CESAG***

L'accueil que vous m'avez réservé sera toujours inoubliable.

***A MESDAMES SYLLA ET DIALLO, SECRETAIRES AU SERVICE
D'UROLOGIE -HALD-***

Je vous remercie pour votre soutien.

***AU PERSONNEL DU CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DE
MERMOZ***

Merci pour votre disponibilité.

***AU DOCTEUR ABOUBACRY FALL ET A TOUT LE PERSONNEL DE
LA C.A.F./SP.***

Merci pour votre disponibilité et l'accueil que vous m'avez réservé dans votre service pour réaliser ce travail.

AU DOCTEUR FARBA LAMINE SALL

Merci pour votre soutien.

LISTE DES ACRONYMES

A.S.B.E.F :	association sénégalaise pour le bien être familial
ANSD :	agence nationale de la statistique et de la démographie
CAFSP :	cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat
CDSMT :	cadre dépense sectorielle à moins terme
CMT :	consommation médicale totale
CNS :	comptes nationaux de la santé
CSBM :	consommation de soins et biens médicaux
DAGE	direction de l'administration générale et de l'équipement
DCS :	dépense courante de santé
DSRP :	document de stratégie de réduction de la pauvreté
DTS :	dépense totale de santé

DTSI :	dépense totale en soins de santé individuels
ESAM :	enquête sénégalaise auprès des ménages
ESPS :	enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal
IDH :	indice de développement humain
MSP :	ministère de la santé et de la prévention
OCDE :	organisation de la coopération et de développement économique
OMD :	objectifs du millénaire
OMS :	organisation mondiale de la santé
ONG :	organisation non gouvernementale
PDIS :	programme de développement intégré du Sénégal
PIB :	produit intérieur brut
PNDS :	Plan national de développement Sanitaire
SAGE	service de l'administration générale et de l'équipement
UEMOA :	Union économique ouest africain

INTRODUCTION

Les transitions démographiques, les changements rapides des tendances de morbidité et de mortalité et l'émergence des problèmes de santé publique comme le VIH/SIDA, plaident pour une utilisation plus efficace des ressources et dans la plupart des cas, pour plus de ressources. Dans un grand nombre de pays, les décideurs ont besoin d'informations nationales fiables sur les sources et les usages des fonds pour la santé afin d'améliorer la performance du système de santé.

Au Sénégal, la santé représente un enjeu de développement et un des facteurs déterminants dans la lutte contre la pauvreté.

Le système de santé dans sa fonction de production de soins et de préventions, est un des acteurs importants de l'amélioration de l'état de santé de la population.

D'importants moyens ont été 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, 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 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 et les flux mobilisés par le secteur ne sont pas connus avec précision.

Le suivi et l'analyse des données sur les dépenses de santé par les administrations publiques en Afrique de l'ouest sont récents. La pratique s'est développée au cours de cette décennie grâce aux outils suivants :

- revue des dépenses publiques
- système de suivi des dépenses du ministère de la santé
- rapports d'activités du panier commun des partenaires.

Ces outils ne renseignent que sur les dépenses du Ministère de la Santé, ignorant de fait les dépenses des autres acteurs du système de santé.

Les comptes nationaux de la santé enregistrent pendant une période donnée toutes les dépenses consacrées aux activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé de la nation et des individus (8).

Ils sont conçus pour répondre à des questions de santé d'un pays ; ils fournissent une compilation et une estimation méthodiques de la dépense en santé ; ils peuvent faire le suivi de combien est dépensé, où, sur quoi et pour qui ; comment la dépense évolue dans le temps et comment elle se compare à la dépense des pays rencontrant des problèmes similaires.

Le district sanitaire dans l'organisation du système de santé au Sénégal représente le niveau périphérique opérationnel ; c'est le premier point de contact des populations avec le système des soins.

Les soins de santé primaires restent une priorité dans la politique sanitaire du pays.

La réalisation des sous comptes au niveau d'un District sanitaire permet de disposer des informations sur les dépenses publiques et privées de santé et de mieux appréhender les flux financiers réalisés à ce niveau.

L'objectif de ce travail est d'étudier les sous comptes du district sanitaire centre de Dakar.

I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le Sénégal appartient à la catégorie des pays les moins avancés selon le rapport mondial sur le développement humain de 2006 se classant au 156^{ème} rang sur 177 pays, avec un indice de développement humain (IDH) de 0,46. Son revenu national brut par tête était de 45390 FCFA (US \$858).

Dans le domaine de la santé, selon le rapport OMD 2006, le taux de mortalité infantile était de 61 pour 1000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité maternelle était de 401 pour 100000 naissances vivantes ; la prévalence du VIH/SIDA chez l'adulte est de 0,7% ; le taux de prévalence du paludisme était de 8,5% ; le taux de prévalence de la tuberculose était de 2%.(16)

L'organisation du système de santé repose sur une structure pyramidale à 3 niveaux :(10)

➤ Un niveau périphérique opérationnel constitué par le district sanitaire

Il regroupe les activités de soins de base exercées par les centres de santé, les postes de santé, les cases de santé rurales. Ce niveau représente le premier point de contact des populations avec le système de soins ; en effet le district correspond à l'unité opérationnelle la plus décentralisée et bénéficie d'une relative autonomie de gestion. Il couvre une population de 150 000 à 250 000 habitants environ et polarise 10 à 25 postes de santé articulés autour d'une structure de référence

constituée par le centre de santé. Le pays compte actuellement 63 districts sanitaires.

➤ **Un niveau intermédiaire stratégique à l'échelon régional**

A ce niveau, c'est le Médecin Chef de Région qui coordonne les activités sanitaires régionales.

➤ **Un niveau central qui renferme les Directions nationales, les services rattachés au cabinet du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale et les programmes verticaux.**

Sur le plan opérationnel, On trouve les centres hospitaliers nationaux spécialisés, qui constituent le dernier niveau de références du système de soins et les centres hospitaliers régionaux.

Notons qu'à cette pyramide représentant habituellement les prestataires publics, il faut ajouter un réseau de prestataires privés représenté 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 constitue le système de prestation de soins et des services 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 et de la mortalité infantile ;
- la maîtrise de la fécondité ;
- la réponse aux besoins de santé de la population en veillant à l'égal accès à des soins de qualité.

La mise en œuvre de la première phase quinquennale (1998-2007)(12) 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 de soins répondant aux attentes des populations.

Ces réformes reposent sur 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 base 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, tels que présentés dans le 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 OMD d'ici à 2015 ; cet engagement suppose une action soutenue de l'Etat et de ses partenaires en faveur de la santé en général et de la santé de la reproduction en particulier.

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 de la communauté 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 dépense sectorielle à moyen terme (CDSMT) pour atteindre les objectifs sectoriels fixés en terme de la charge de morbidité et mortalité des mères et des enfants .La politique nationale de santé met un accent particulier sur les groupes et a initié une démarche fédératrice des initiatives nationales et internationales (DSRP, SCA, CDSMT, OMD, CMSMCA) autour des axes stratégiques suivants :

- 1) améliorer la qualité la disponibilité et la performance des Ressources Humaines ;
- 2) améliorer l'accès des groupes et des services de santé de qualité ;
- 3) renforcer la prévention et développer la communication par le changement de comportement ;
- 4) améliorer les capacités institutionnelles du secteur ;
- 5) promouvoir le partenariat ;
- 6) renfoncer le suivi-évaluation de la performance ;
- 7) améliorer les mécanismes de financement de la santé afin de trouver des solutions à la problématique de son financement qui se pose avec acuité en raison des contraintes ci-dessous énumérées :
 - le manque de lisibilité pour les décideurs sur l'ensemble des flux de ressources au sein du système de santé malgré leur importance ;
 - l'insuffisance des ressources budgétaires et leur allocation non optimale ;
 - la forte contribution des ressources extérieures au financement de certaines dépenses de santé publiques ;
 - la part importante des dépenses de santé dans le budget des ménages ;

- l'insuffisance des mécanismes assurantiels de prise en charge des malades qui fragilisent l'offre de soins ;
- le caractère inéquitable du système de financement de la santé.

II- CADRE DE L'ETUDE

L'étude concerne le District sanitaire centre de Dakar.

PRESENTATION DU DISTRICT CENTRE DE DAKAR

Le District centre se trouve dans la région de Dakar. Il est limité au nord par le district Nord, au sud par le district Sud, à l'est par le district de Pikine et à l'Ouest par le district Ouest ;

Il couvre une population totale de 330162 habitants.

La population de 0 à 11 mois était de 12876 ; les grossesses attendues 12876 ; les enfants de 0 à 4 ans 57448 ; les moins de 15 ans 158815 ; les femmes en âge de reproduction 77 225 ; les personnes de 60 ans et plus 16788.

Il comptait en 2005 :

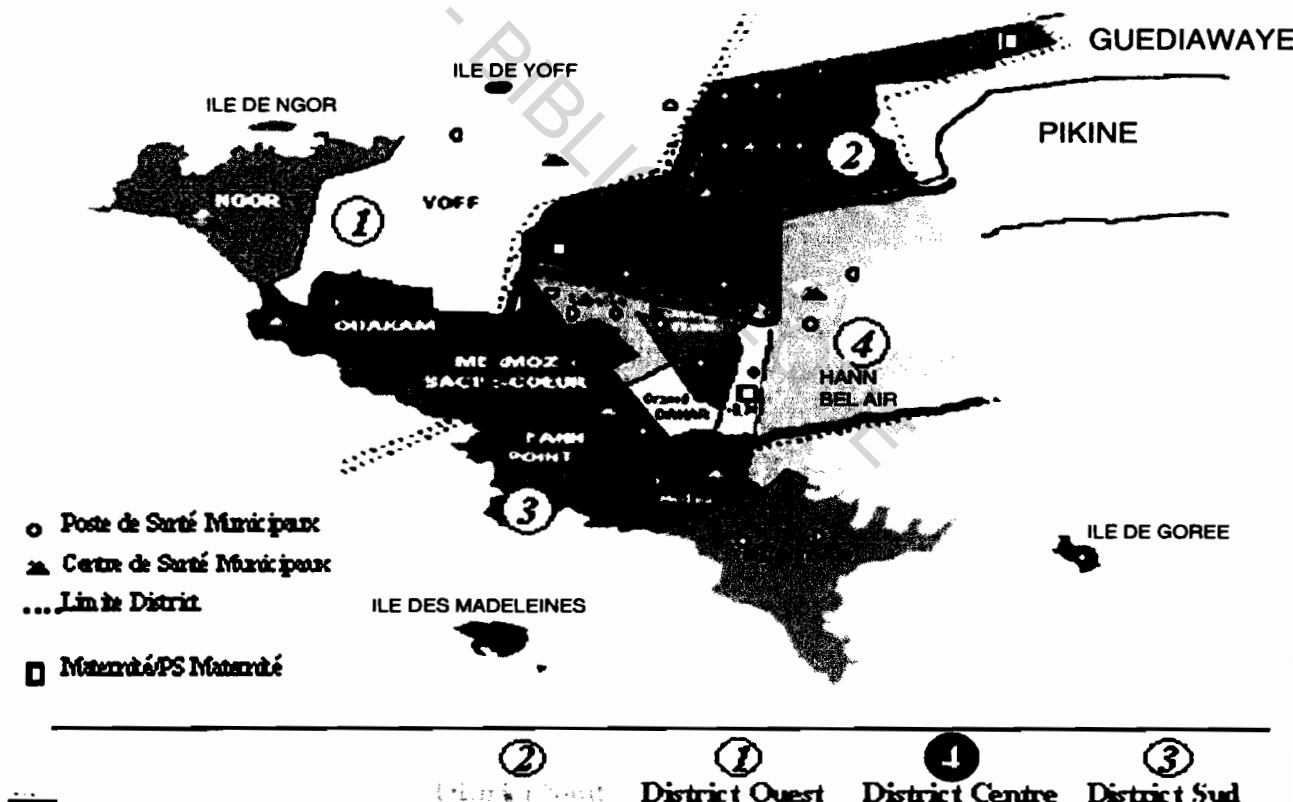
- quatre (4) centres de santé qui n'avaient pas de bloc opératoire fonctionnel ;
- huit (8) postes de santé.
- Le centre de santé de référence (le centre de santé GASPARD CAMARA) comptait plusieurs services : un service de médecine générale, un service de tri, un service de soins dentaires, un service pour les pansements et les injections, un service de laboratoire, un service de maternité. Par ailleurs, il comptait un service d'hospitalisation pour la médecine générale de 14 lits et un service d'hospitalisation pour la maternité de 10 lits.
- Un bloc opératoire qui n'était pas encore fonctionnel.

Les activités essentielles au niveau de ce centre étaient des soins curatifs ambulatoires, des soins curatifs hospitaliers et des activités de prévention.

Les activités au niveau des postes de santé étaient des soins curatifs ambulatoires et des activités de prévention

A ses structures publiques, s'ajoutaient :

- sept (7) structures médico -sociales parapubliques ;
- un (1) dispensaire privé confessionnel ;
- un (1) centre A.S.B.E.F (association sénégalaise pour le bien être familial ;
- cinq (5) cliniques privées ;
- treize (13) cabinets médicaux. (Voir graphique I).



GRAPHIQUE 1 : PRESENTATION DU DISTRICT CENTRE DE DAKAR

III HYPOTHESES DE RECHERCHE

Cet exercice d'élaboration des sous comptes du District Centre de Dakar doit permettre de poser les hypothèses ci-dessous :

1. Les ménages participaient plus que l'Etat au financement des soins au niveau du District.
2. L'intervention des assurances était très faible au niveau District.
3. Les Dépenses en soins curatifs étaient plus élevées que les dépenses en prévention
4. Les dépenses en prévention étaient plus importantes au niveau des postes de santé

IV- OBJECTIFS DE L'ETUDE

A) Objectif général

C'est d'analyser les flux financiers mobilisés au niveau du District pour l'année 2005.

B) Objectifs spécifiques

Concernant les objectifs spécifiques, il s'agira :

- d'identifier les différentes sources de financement (publiques/privées) impliquées dans le financement ;
- d'identifier les acteurs ayant la charge de la gestion de ces fonds ;
- de quantifier leur contribution dans le financement des soins ;
- d'identifier les différents prestataires ;
- d'analyser la répartition des ressources financières mobilisées entre les différents prestataires et prestations ;

V- REVUE DE LA LITTERATURE

Les comptes nationaux de la santé sont retracés dans une série de tableaux où sont organisés et répertoriés les diverses dépenses en santé d'une Nation (Guide pour l'élaboration des CNS)(8). Ils rendent compte des relations entre les différents éléments, autrement dit les relations entre les financements, les prestations, et les résultats des biens et services de santé dispensés (K.B. MARCEL, CESAG 2006)(9). L'objectif principal des CNS est de soutenir la gestion et les prises de décision concernant le système de santé d'où un intérêt pour les pouvoirs publics :

- **En Afrique du Sud**, par exemple, après l'abolition de l'apartheid, le Gouvernement a utilisé les résultats des CNS pour atteindre l'un des objectifs les plus importants à savoir : une distribution plus équitable des ressources de santé. La réalisation des CNS dans ce pays a révélé que les dépenses de santé moyennes de l'état par personne étaient 3,6 fois plus élevées dans les districts les plus riches que dans les districts les plus pauvres. Ces résultats ont amené le gouvernement sud africain à ordonner un moratoire sur la construction d'hôpitaux privés, habituellement construits dans les quartiers les plus riches. Le moratoire n'a été levé qu'après que les autorités ont adopté des lois et règlements exigeant une évaluation des besoins comme préalable à la construction d'un hôpital, cela afin de réaffecter les ressources de santé (PHR plus, 2003)(3).

- **Aux Philippines** également, les comptes nationaux ont été utilisés pour évaluer l'impact de la décentralisation du système de santé entamée en 1993. Avant les réformes, le financement public, central et régional pour les services de santé publique tels que la vaccination dont

bénéficient tous les habitants à titre individuel et collectif, était faible. Le financement de l'Etat était même en diminution. Les CNS réalisés entre 1991 et 1997, avant et après les réformes ont montré qu'après les réformes les dépenses gouvernementales pour la santé publique avaient en fait augmenté, la part du secteur public passant de 25 % à 35 %. Cela était, dans une large mesure, la conséquence d'un accroissement du financement par les collectivités locales qui, en 1997, affectaient plus de la moitié de leurs ressources aux soins de santé publique.

Les résultats des CNS aux Philippines ont montré que la décentralisation n'avait pas de conséquences négatives sur les dépenses de santé publique par les collectivités locales. En réalité, les dépenses ont augmenté au niveau local. La mise en œuvre annuelle des CNS a permis de comprendre beaucoup plus clairement l'impact de la décentralisation sur les soins de santé (Schwartz et al. (14).

- **Au Liban**, l'élaboration des CNS pour 1998 a mis en évidence des dépenses excessives pour la santé (près de 12,5% du PIB), beaucoup plus que dans les autres pays à revenus intermédiaires ayant les mêmes caractéristiques socio-économiques. L'analyse de ce constat a permis de comprendre que le système de « paiement à l'acte » en était la raison. En effet, en l'absence de prestataires de soins publics, le Gouvernement permettait aux habitants de se faire soigner dans le secteur privé et de se faire rembourser par l'état pour chaque service. Cette politique a contribué à des taux d'utilisation élevés entraînant des coûts aussi élevés. En conséquence, le Gouvernement prend les dispositions nécessaires pour réaliser des réformes dans les paiements aux prestataires de soins. Le système de « paiement à l'acte » cède la place au système de « paiement à la capitation » avec l'introduction d'un barème de rémunération. Il identifie également les procédures médicales qui peuvent être réalisées sans hospitalisation du patient à la

place du système actuel plus coûteux de traitement avec hospitalisation (PHR plus, 2003) (3).

- **Au Mali**, l'étude effectuée en 1993 par S. COULIBALY et al (15) a montré que les ressources de l'état fournies au secteur de la santé ont essentiellement servi à financer les dépenses courantes et que les ressources extérieures sont utilisées au titre des investissements.

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

Les comptes de la santé au Maroc ont révélé que les iniquités du système étaient liées autant au financement qu'à l'accès aux services de soins publics. Ces services étaient parfois plus utilisés par les couches aisées de la population au détriment des plus démunies, particulièrement à l'hôpital. La gratuité des services hospitaliers profitait plutôt aux riches qu'aux pauvres.

Les conclusions qui en ont été tirées avaient amené les autorités à accélérer les réformes entreprises par le Ministère de la Santé et visant à étendre l'assurance maladie obligatoire, un mécanisme institutionnel et la solidarité d'assistance médicale des populations économiquement faibles, à améliorer le management des hôpitaux et à repenser son organisation.

- **En Egypte**, les résultats des CNS ont été utilisés pour identifier les problèmes et servir de catalyseur pour le changement en indiquant l'ampleur des problèmes. Ils ont servi de document de plaidoyer entre le Ministère de la Santé et de la Population et les bailleurs de fonds internationaux. Ce dialogue a permis la conception et la mise en œuvre institutionnalisée d'une initiative de restructuration des soins de santé primaires. Ainsi, ces résultats ont fourni au Ministère de la Santé des informations pertinentes pour convaincre l'Assemblée Nationale du peuple, le public et les fonctionnaires du Ministère de la façon dont les soins de santé primaires étaient organisés et financés et du besoin de restructuration du secteur. Le programme de réforme qui en a résulté a été mutuellement accepté par tous les acteurs et a pu bénéficier du soutien financier nécessaire à sa mise en œuvre (13).

- **Au Rwanda**, l'élaboration des CNS avait été élargie pour y inclure l'analyse spécifique sur le VIH/SIDA. Les résultats ont montré que les ménages supportaient 93% du financement des dépenses relatives à cette pandémie, celles-ci représentant 29% des dépenses totales des ménages pour la santé. Ils ont révélé l'insuffisance du financement des bailleurs de fonds à destination du programme traitant de cette maladie. Ils ont ainsi permis de concevoir et de mettre en œuvre des interventions politiques ciblées en vue d'améliorer le financement des activités de prévention et d'augmenter l'accès aux services de soins de santé de base pour les séropositifs sidéens. Les informations obtenues à partir des CNS ont incité la communauté de bailleurs de fonds à augmenter leurs contributions en ciblant spécifiquement le VIH/SIDA. Il a été institutionnalisé l'incorporation d'un volet spécial de cette maladie en vue de fournir des informations qui sont régulièrement mises à jour et augmenter l'efficacité des programmes de santé ciblés (PHR plus, Rapport sommaire de politique générale 2003) (3).

- **En Iran**, l'analyse des CNS a montré que les dépenses en soins des ménages par tête d'habitant sont restées stables dans les années 90.

- **Au Sénégal**, DOTOU et Al (5).ont trouvé que les paiements directs des ménages représentaient 37% pour les soins ambulatoires et 38% des dépenses du système national de santé.

- **Au Népal** (1984-1985), les CNS ont montré que les sources publiques étaient financées à hauteur de 18,6% les dépenses de santé et les bailleurs avaient financé 10,4% des dépenses (7).

Les dimensions des comptes nationaux de la santé

Les objectifs communs portent en général sur les réponses aux questions suivantes :

- qui finance le système de santé ?
- qui paye pour les soins et biens de santé et pour quelles activités ?
- qui fournit les biens et services et avec quelles ressources ?
- comment les fonds sont-ils répartis ?
- et qui bénéficie des dépenses de santé ?

1- Qui finance le système de santé ?

La réponse à cette question permet d'identifier les sources de financement. Les sources de financement (SF) sont des organisations ou entités nationales ou étrangères qui fournissent les fonds utilisés dans le système de santé par les agents de financement. Les sources de financement peuvent être internes, publiques ou privées, où se situer en dehors du cadre national (Reste du monde).

2- Qui paye pour les soins de santé ?

Il s'agit des agents de financement (AF) qui sont des agents intermédiaires entre les sources de financement et les prestataires de service ou les fournisseurs de biens médicaux. Ils canalisent les fonds fournis par les sources de financement et les utilisent pour payer ou acheter les activités comprises dans le champ des comptes de la santé.

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

Il s'agit des prestataires des services et des distributeurs de biens médicaux (PS). On doit prendre en compte dans le contexte de nos pays, parmi les prestataires de soins et bien médicaux, la médecine traditionnelle.

4- Comment les fonds sont répartis entre les différentes activités

Cette question appelle à identifier les activités ou les interventions qui sont menées en vue d'améliorer l'état de santé des populations.

Ce sont les fonctions. On peut identifier les ressources affectées aux fonctions et à l'occasion déterminer les priorités du système de santé.

5- Qui bénéficie des dépenses de santé ?

L'objectif est de s'assurer de l'équité dans la distribution des ressources pour la prise en charge du coût de la maladie des individus ou des collectivités.

Ces coûts constituent les dépenses de santé qui englobent toutes les dépenses portant sur les activités dont l'objectif principal est de restaurer, d'améliorer et d'entretenir la santé des populations et des individus pour une période déterminée. Cette définition s'applique quelque soit le type d'institution ou d'entité fournissant l'activité de santé.

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

- la consommation médicale totale ;
- la dépense courante de santé ;

- la dépense nationale de santé.

5.1- La consommation médicale totale (CMT) ou dépense totale en soins de santé individuels

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

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

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

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

- la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) ;

- la consommation de services de médecine préventive individualisée.
- la consommation des soins et biens médicaux comprend :
 - a- Les soins hospitaliers et en sections médicalisées (soins de longue durée aux personnes âgées) sont constitués par l'ensemble des services (soins et hébergement) fournis par les hôpitaux du secteur public (y compris les établissements privés participant au service public hospitalier, les établissements militaires et pénitentiaires) et les hôpitaux du secteur privé.
 - b- Les soins ambulatoires qui correspondent aux activités des médecins, des dentistes et des auxiliaires médicaux, aux actes techniques et exploratoires, aux analyses biomédicales, à l'imagerie médicale et aux cures thermales.
 - c- Les biens médicaux sont composés des médicaments et des autres biens médicaux que sont les prothèses, véhicules pour handicapés physiques (VHP), lunetterie, pansements et petit matériel à condition qu'ils soient consommés en dehors de l'hospitalisation. Ces biens peuvent être acquis sur ou sans prescription.
 - d- Les transports sanitaires.

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

- la prévention individuelle primaire qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies : la vaccination en est un exemple type avec les actions de la PMI et du Planning, la médecine du travail et la médecine scolaire ;
- la prévention individuelle secondaire dont le but est de repérer les maladies avant leur développement. Le dépistage en est la pratique par excellence. Il concerne principalement les tumeurs,

les IST, la tuberculose, le SIDA et les hépatites. Les examens de santé et les bilans bucco-dentaires font également partie de la prévention secondaire.

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

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

5.2- La dépense courante de santé

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

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

1. Elle couvre un champ plus large en prenant en compte les éléments suivants : les indemnités journalières, les subventions reçues par le système de santé assimilées à des dépenses, les dépenses de recherche et de l'enseignement, les dépenses de gestion de l'administration sanitaire.

2. La CMT, la consommation des soins hospitaliers publics est évaluée par les dépenses de fonctionnement courant alors que dans la DCS, les dépenses correspondent aux recettes de l'établissement. Or, la consommation de soins ne correspond pas forcément dans le temps avec l'opération de règlement.

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

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

La dépense courante de santé peut être schématisée à travers les agrégats contenus dans le tableau suivant :

TABLEAU I : DEPENSE COURANTE DE SANTE

DEPENSE COURANTE DE SANTE		
Effort au cours d'une année au titre de la fonction santé par l'ensemble des financeurs		
CONSOMMATION MEDICALE TOTALE	AUTRES DEPENSES INDIVIDUELLES	DEPENSES COLLECTIVES
-Consommation des biens et services médicaux	-Indemnités journalières	-Prévention collective
-Prévention individuelle	-Subventions	-Recherche
		-Formation
		-Gestion

5.3- La dépense nationale de santé

Le concept de dépense nationale est utilisé par les pays membres de l'organisation de coopération et de développement économique en vue de permettre de faire des comparaisons entre eux.

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

5.4- Evaluation des dépenses de santé

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

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

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

5.4.1 Evaluation de la production des soins dans le secteur public

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

5.4.2- Evaluation de la production des soins médicaux dans le secteur privé

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

5.4.3- Evaluation des biens médicaux

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

5.4.4- Evaluation de la dépense de prévention

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

L'évaluation de la dépense courante de santé se fait de la même manière que celle des postes de la consommation médicale totale, à l'exception de ce qui concerne les hôpitaux publics.

La dépense des soins hospitaliers de ce secteur mesure ce qui a été fait au titre des soins, c'est-à-dire :

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

5.4.5- Evaluation des dépenses de recherche, de formation et en capital

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

Les dépenses en capital sont composées de la valeur des actifs non financiers, à savoir :

- les nouvelles acquisitions en bâtiment et en équipement ;
- les rénovations majeures ;
- les frais de maintenance de plus d'un an (les grosses réparations).

6- Proposition de classification des acteurs et des activités

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

Qui fournissent les fonds ?

Qui distribuent les fonds ?

Qui exécutent les activités ?

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

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

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

soins de santé dans nos pays. Il s'avère intéressant dans ces conditions d'adapter la nomenclature à nos réalités.

6.1- Classification des prestataires de soins de santé

La classification des prestataires peut être faite en tenant compte de l'organisation du système de santé qui est composé des secteurs publics et privés. Le secteur public est structuré de façon pyramidale. Il est constitué des cases de santé, postes de santé, centres de santé, hôpitaux régionaux, des hôpitaux et programmes nationaux. Cette classification prend en considération le découpage administratif et territorial du pays.

Elle offre l'avantage de tenir compte de besoins des populations et de l'adoption de l'approche basée sur l'accessibilité graduelle en partant des soins de santé primaires de proximité aux niveaux supérieurs de référence.

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

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

Il faut préciser que :

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

6.2- Classification des fonctions de santé

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

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

6.3-Classification des agents de financement

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

6.4-Classification des sources de financement

Les sources de financement se distinguent en sources publique, privée, et le reste du monde. Il faut préciser que les emprunts publics font partie des sources publiques.

Les sources privées sont constituées par les apports qui ne proviennent ni de l'administration centrale, ni de l'administration locale (collectivités locales et autres structures publiques centrales ou décentralisées).

Il s'agit des ressources fournies par les ménages à travers les assurances, les mutuelles de santé, les paiements directs ainsi que celles des entreprises et des sociétés.

7- Etat des lieux des CNS en Afrique de l'Ouest

L'atelier sur les CNS à Dakar (2) note l'introduction des CNS pour la première fois en Afrique en 2003 au Nigéria. De nos jours dans la plupart des Etats, les CNS restent une « étude » réalisée au gré de la disponibilité des financements des partenaires et non un système institutionnalisé régulièrement exécuté en vu d'informer les décideurs. Un atelier sur le développement d'un cadre harmonisé d'élaboration des CNS dans les Etats membres de l'UEMOA s'est tenu à Ouagadougou en septembre 2007.

VI- METHODOLOGIE

C'est une enquête de type évaluatif, quantitatif qui s'est déroulée du 15 octobre 2007 au 15 janvier 2008 (cf. comptes nationaux de la santé). Les données collectées concernaient l'année 2005 et portaient sur un centre de santé de référence (Centre de Santé Gaspard Camara), et trois postes de santé (Georges Lahoud, Bourguiba et Derklé).

A/ Méthode de recueil des données

1- Délimitation des C N S

L'étude a porté sur l'année 2005 et le principe comptable retenu a été l'enregistrement des dépenses sur la base de l'engagement. C'est la consommation des soins qui intéresse les CNS c'est-à-dire les soins facturés et non les soins effectivement payés.

2- Classification et tableaux des CNS

Pour faciliter la compréhension des transactions financières complexes effectuées dans le secteur de la santé, la classification internationale a été adoptée (voir annexes).

Les flux entre les différentes entités sont décrits à travers quatre (4) tableaux bi dimensionnels standardisés comme suit :

- sources (FS) agents (HF)
- Agents prestataires (HP)
- Sources (FS) fonction (HC)
- Agents HF (X fonctions HC)

3- Méthode d'enquête

Le recueil des données s'est fait auprès des sources primaires et secondaires mais la préférence est accordée aux données secondaires.

Ces données secondaires ont été recherchées auprès des départements ministériels au niveau central à travers l'examen des documents produits de façon routinière : situation de l'exécution du budget (SigFip), rapports financiers des établissements de santé, rapports annuels de suivi des activités des différents services centraux, rapports financiers de la DAGE du Ministère de la santé.

Ce n'est qu'en l'absence de données secondaires ou en raison de leur imprécision que les données primaires sont recueillies.

2.2- Modalités de l'enquête

Les enquêtes ont été effectuées auprès du ministère, des collectivités locales, des entreprises, de la coopération au développement, des ONG, des prestataires. Une enquête analytique a été menée pour déterminer les clés de répartition entre les différentes fonctions (cf protocole élaboration des CNS Sénégal 2005). Pour la répartition concernant la contribution de chaque agent de financement pour chacune de ces fonctions au niveau des prestataires, on a combiné les résultats du tableau agents / prestataires et ceux du tableau prestataires / fonctions ; ainsi par exemple, les dépenses du centre de santé pour les soins hospitaliers étaient de 113.000.000 ; dans le tableau agents / prestataires, on remarque que le centre de santé a été financé pour 15,8 % par l'administration ; on n'en déduit que l'administration centrale avait financé à hauteur de $113 \times 0,158 = 17,9$ millions les soins hospitaliers fournis par les centres de santé.

Les outils de collecte étaient essentiellement des questionnaires développées sur la base des tableaux des CNS et étaient élaborées par entité. Pour les prestataires, les questions s'étaient intéressées aux activités des structures (leur type et nombre), aux ressources

financières générées par les structures par les prestations de biens et services médicaux, aux ressources financières reçues de l'administration centrale, des collectivités locales et du reste du monde. Elles s'étaient intéressées aussi au personnel (nombre, qualification, employeurs, salaires moyens annuels) et aux dépenses effectuées par les structures ou par l'administration centrale, les collectivités locales et le reste du monde au profil des structures.

Les charges des personnels étatiques étaient incluses dans le budget de fonctionnement non décentralisé.

B/Traitement des données.

Les données ont été saisies et traitées par deux informaticiens qui ont développé des masques de saisie sur Epi- info transférés sur DBase et Excel.

VII- RESULTATS

Les résultats étaient les informations recueillies par les questionnaires

A- Présentation des résultats

Les données concernaient essentiellement les activités des prestataires, les ressources diverses et l'ensemble des dépenses effectuées.

1- Les activités

C'étaient des activités de soins de promotion et de prévention au niveau des prestataires.

1.1- Les activités au niveau du centre de santé (GASPARD CAMARA)

Elles étaient répertoriées dans le Tableau II qui retrace les types d'activités, leur nombre par trimestre et leur tarif.

Ces activités concernaient :

- Les consultations de médecine générale
- Les consultations de tri
- Les consultations de garde
- Les consultations pour soins dentaires
- les injections
- Les pansements
- Les examens de laboratoire
- Les malades hospitalisés
- Les journées d'hospitalisation hors maternité
- Les malades hospitalisées à la maternité
- Les accouchements
- Les malades évacués vers d'autres structures
- Les causeries pour la santé de la reproduction
- Les causeries autres que la santé de la reproduction
- Les réunions de démonstrations débats, projections de film
- Les entretiens individuels
- Les consultations prénatales

1.2- Les activités des postes de santé ressortent dans les Tableaux III, IV, et V (voir annexes) et concernaient les consultations par les ICP (leur nombre), les consultations de tri enfant, les injections, les pansements, les causeries pour la santé de la reproduction, les causeries autres que la santé de la reproduction, les réunions , démonstrations, débats et projections de film, les consultations pré natales , les consultations post natales, les programmes de contraception, la surveillance pondérale et les dépistages des MST, les consultations d'enfants sains et les vaccinations.

2- Les ressources

Elles se composaient de ressources issues des prestations et celles venant d'autres sources.

A- Ressources issues des prestations et leur répartition

Elles étaient constituées par les paiements effectués par les ménages.

A1- Pour le centre de santé (Gaspard CAMARA)

Le Total des recettes issues des prestations était égal à Cent Vingt Trois Millions Quatre Cent Quarante Mille Deux Cent Soixante Quatre (123.440.264) FCFA.

Ces recettes étaient réparties comme suit dans le Tableau VI.

TABLEAU VI : RECETTES DU COMITE DE SANTE (GASPARD CAMARA)

ORIGINE des recettes	Montants en FCFA
Tickets de consultation	47.247.250
Hospitalisation (frais de séjour)	4.036.000
accouchements	8.420.000
Examens complémentaires (labo)	10.460.000
Médicaments	53.277.014
Autres	00000
Total Général des Recettes du Comité de Santé	123.440.264

Le tableau VI indique que les recettes du comité de santé de Gaspard CAMARA étaient constituées :

- des tickets de consultation pour un montant de 47 247 250 frs CFA ;
- des Hospitalisations (frais de séjour) pour un montant de 4 036 000 frs CFA ;
- des Accouchements pour un montant de 8 420 000 frs CFA ;

- des Examens complémentaires (labo) pour un montant de 10 460 000 frs CFA ;
- de la vente des médicaments pour un montant de 53 277 140 frs CFA

A2- Recettes postes de santé n°1 (Bourguiba)

Le montant total des recettes du Poste de Santé N° I retracé dans le Tableau VII ressort à Onze Millions Cinq Cent Quatre Vingt Dix Neuf Mille Huit Cent Quarante Six (11.599.846) FCFA.

TABLEAU VII : RECETTES POSTES DE SANTE N°1 (BOURGUIBA)

Origine des recettes	Montants en FCFA
Tickets de consultation	3.173.000
Hospitalisation (frais de séjour)	-
accouchements	-
Examens complémentaires (labo)	-
Médicaments	7.272.096
Autres (CPN+PF)	1.154.750
Total Général des Recettes du Comité de Santé	11.599.846

Le tableau ci- dessus indique que :

Les recettes du poste de santé n°1 provenaient de la vente des tickets de consultations pour un montant de 3.173.000 F CFA, de la vente des médicaments pour un montant de 7.272.096 F CFA et les autres (CPN et PF) pour un montant de 1.154.750 F CFA.

A3- RECETTES POSTE DE SANTE N°2 (Georges LAHOUD)

Au total, les recettes s'élevaient à Sept Millions Trois Cent Cinquante Six Mille Cent Quatre Vingt (7.356.180) F CFA (voir tableau VIII).

TABLEAU VIII : RECETTES DU COMITE DE SANTE

Origine des recettes	Montants en FCFA
Tickets de consultation	3.368.000
Hospitalisation (frais de séjour)	-
accouchements	-
Examens complémentaires (labo)	-
Médicaments	3.046.230
Autres (CPN+PF)	851.950
Total Général des Recettes du Comité de Santé	7.356.180

Ce tableau indique que :

Les recettes du comité du poste de santé n°2, étaient composées de la vente des tickets de consultations pour un montant de 3.368.000 F CFA, de la vente des médicaments pour un montant de 3.046.230 F CFA et les autres (CPN + PF) pour un montant de 851.950 F CFA.

A4- RECETTES POSTE DE SANTE N°3 (Derklé)

Les recettes s'élevaient globalement à Douze Millions Cent Trente Trois Mille Six Cent Quatre Vingt (12.133.680) FCFA (voir tableau IX)

TABLEAU IX : RECETTES DU COMITE DE SANTE

Origine des recettes	Montants en FCFA
Tickets de consultation	3.591.200
Hospitalisation (frais de séjour)	-
accouchements	-
Examens complémentaires (labo)	-
Médicaments	7.402.305
Autres (CPN+PF)	1.140.175
Total Général des Recettes du Comité de Santé	12.133.680

Ce tableau indique que :

Pour le poste de santé n° 3, les recettes du comité de santé provenaient de la vente des tickets pour un montant de 3.591.200 FCA, pour la vente des médicaments pour un montant de 7.402.305 F CFA et pour les autres (CPN + PF) pour un montant de 1.140.175 F CFA.

B- Autres ressources

Elles se composent des ressources provenant de l'administration centrale, des Fonds des collectivités locales (autres que fonds décentralisés) et des Fonds des partenaires extérieurs.

B1- Les Ressources provenant de l'administration centrale

Il s'agit du budget de fonctionnement non décentralisé et des Fonds de dotation décentralisée.

B1.1- Budget de fonctionnement non décentralisé

Le budget de fonctionnement non décentralisé s'élève à soixante quatre million cent cinquante un mille six cent soixante Quatre (64151664) F CFA.

B.1.2- Fonds de dotation décentralisée

Le Fond de dotation décentralisée atteint la somme de Quarante Trois Millions Cent Cinquante Et Un Mille Huit Cent Vingt Cinq (43.151.825) F CFA.

B2- Fonds des collectivités locales (autres que fonds de dotation)

Le montant de ces Fonds cumule à soixante neuf million huit cent soixante neuf huit cent soixante seize (69869876) F CFA

B3- Fonds des partenaires extérieurs

Ces fonds alloués par les partenaires extérieurs ressortaient à Cinquante Quatre Millions Cent Vingt Quatre Mille Cinq Cent Quatre Vingt Sept (54.124.587) F CFA répartis comme suit :

- Fond Nordique (fnd) : HYG/ASSAIN : 20.690.000 F.
- Fonds Gavi (vaccination /pev : 13.410.301 F.
- Banque Mondiale (IDA/985) pour EQ/SSB : 1.760.000 F.
- UNICEF : Pour la nutrition (858.929F) pour la vaccination.

C- Les Données sur le personnel

Ces données répertoriées dans les Tableaux X et XI ci-dessous retracent le nombre de personnel par catégorie et par employeur.

**TABLEAU X : DONNEES RELATIVES AU PERSONNEL DU CENTRE
GASPARD CAMARA**

Catégories de personnel	Employeur				Total
	Comité de santé	Etat	Collectivité locale	Autres	
Médecin-Chef de District		1			1
Pharmaciens			1		1
Médecin spécialiste			1		1
Médecin généraliste					
Chirurgien dentiste			2		2
Technicien sup odontologie			1		1
Aide dentaire					
Infirmier d'Etat		3	2		5
Sage-femme d'Etat		7	2		9
Technicien sup en anesthésie					
Technicien sup de laboratoire					
Aide laboratoire			2		2
Technicien sup radiologie					
Aide radiologie					
Assistant social		1	1		2
Agent d'hygiène		1			1
infirmier breveté			9		9
Agent sanitaire		1			1
Aide infirmier		1	2		3
Instrumentiste					
filles ou garçons de salle	9	2	13		24
Aide opérateur					
Technicien de laboratoire			1		1
Brancardier	1				1
Vendeur de Ticket	4				4
Dépositaires de médicaments	4				4
Secrétaire			2		2
Chauffeur			3		3
Gestionnaire			1		1
Manœuvre	12				12
Jardinier	2				2
gardien	10				10
Total	42	17	43	0	102

Le tableau X montre que :

Pour le centre de santé, le personnel étatique était au nombre de 17 dont un médecin chef de district, 3 infirmiers d'Etat, 7 sages-femmes d'Etat.

Le personnel qui était recruté par les collectivités locales était au nombre de 43 dont 1 pharmacien, 1 médecin spécialiste, 2 chirurgiens dentistes, 2 sages-femmes et 2 infirmiers d'Etat.

Le comité de santé avait recruté 42 agents dont 12 manœuvres, 10 gardiens, 4 vendeurs de tickets, 4 vendeurs de médicaments.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**TABLEAU XI : DONNEES RELATIVES AU PERSONNEL DES POSTES DE
SANTE**

Catégories de personnel	Employeur				
	Comité de santé	Etat	Collectivité locale	Autres	Total
Médecin-Chef de District					
Pharmaciens					
Médecin spécialiste					
Médecin généraliste					
Chirurgien dentiste					
Technicien sup odontologie					
Aide dentaire					
Infirmier d'Etat		4			4
Sage-femme d'Etat		4			4
Technicien sup en anesthésie					
Technicien sup de laboratoire					
Aide laboratoire					
Technicien sup radiologie					
Aide radiologie					
Assistant social					
Agent d'hygiène					
infirmier breveté	1		2		3
Agent sanitaire			4		4
Aide infirmier			3		3
Instrumentiste					
fille ou garçon de salle			3		3
Aide opérateur					
Technicien de laboratoire					
Brancardier					
Vendeur de Ticket	4				4
Dépositaires de médicaments	4				4
Secrétaire					
Chauffeur					
Gestionnaire					
Manœuvre		1	1		2
Jardinier					
gardien					
Total	9	9	13		31

Le tableau XI renseigne que les postes de santé comptaient au total 31 agents dont 4 infirmiers d'Etat et 4 sages -femmes d'Etat recrutés par le Ministère de la santé.

TABLEAU XII : SALAIRES ANNUELS MOYENS ET PRIMES

Salaires annuels moyens et primes				
Catégories de personnel	Employeur			
	Comité de santé	Etat	Collectivité locale	Autres
Médecin-Chef de District		2 561 340		
Pharmaciens		2 561 340	4 800 000	
Médecin spécialiste		2 561 340	2 561 340	
Médecin généraliste		2 561 340	2 561 340	
Chirurgien dentiste		2 561 340	4 560 000	
Technicien sup odontologie		2 392 817	2 400 000	
Aide dentaire		1 763 859		
Infirmier d'Etat		2 292 167	2 700 000	
Sage-femme d'Etat		2 281 693	2 520 000	
Technicien sup en anesthésie		2 392 817		
Technicien sup de laboratoire		2 392 817		
Aide laboratoire		1 763 859	1 320 000	
Technicien sup radiologie		2 392 817		
Aide radiologie		1 763 859		
Assistant social		2 806 420	2 700 000	
Agent d'hygiène		2 815 099		
infirmier breveté		2 392 817	2 100 000	
Agent sanitaire		1 763 859		
Aide infirmier		1 763 859	1 320 000	
Instrumentiste		1 763 859		
fille ou garçon de salle	540 000	1 763 859	1 200 000	
Aide opérateur		1 763 859		
Technicien de laboratoire		2 392 817	2 392 817	
Brancardier	480 000	1 421 684		
Vendeur de Ticket	600 000	1 957 748		
Dépositaires de médicaments	645 000	1 957 748		
Secrétaire		1 957 748	2 431 068	
Chauffeur		1 670 131	1 776 000	
Gestionnaire		2 392 817	2 431 068	
Manœuvre	420 000	1 421 684		
Jardinier	480 000	1 421 684		
gardien	480 000	1 421 684		

Ce tableau indique les salaires annuels moins payés par comités de santé, les collectivités locales et l'Etat.

3 - LES DEPENSES

Ces dépenses sont constituées par celles effectuées par les comites de santé, celles réalisées au profit du district par l'administration centrale, les collectivités locales et les partenaires extérieurs et enfin celles des fonds des collectivités locales (autres que fonds décentralisés).

A- Dépenses des comites de santé

Il s'agit des dépenses de fonctionnement des Comités de santé.

TABLEAU XIII : DEPENSES DES COMITES DE SANTE

Nature des dépenses	Centre de santé	Poste de santé n°1 BOURGUIBA	Poste de santé n° 2 Georges LAHOUD	Poste de santé n° 3 DERKLE
Frais de fonctionnement : carburant, entretien, eau, électricité, fournitures de bureau, consommables...	33.325.381	1.025.871	1.279.250	1.544.113
Frais de personnel et indemnités	38526435	2.868.595	2.385.000	3.697.200
Médicaments dont réactifs de laboratoires	47267982	6.429.635	2.231.285	6.239.396
Frais de banque		-	153.160	-
Frais spécifiques de la maternité	1684000	-	-	-
Frais spécifiques pour le service d'hospitalisation	807200	-	-	-
Dépenses de prévention de vaccination ;jnv, indemnités vaccinateurs, vaccins	3934575	565.650	1.147.275	846.240
Autres		-	359.500	-

Ce tableau indique les différentes rubriques de dépenses qui ont été effectuées par les comités de santé et leurs montants.

B- Dépenses de l'administration centrale au profit du district

Ce sont les dépenses effectuées pour ce District par l'administration centrale .Elles concernaient le budget de fonctionnement non décentralisé,le fond de dotation décentralisé.

B.1.-Budget de fonctionnement non décentralisé.

Le Budget de fonctionnement non décentralisé (BFND) ressort à soixante quatre millions cent cinquante et un mille six cent soixante quatre francs CFA
64.151.664 F CFA

B.1.2- Fond de dotation décentralisée (43.151.825) F CFA

Les Fonds de dotation décentralisée s'élevaient à Quarante Trois Millions Cent Cinquante Et Un Mille Huit Cent Vingt Cinq (43.151.825) F CFA.

C- Fonds des collectivités locales (autres que fonds décentralisés)

Quant aux fonds des collectivités locales (autres que fonds décentralisés), ils se chiffrent à soixante neuf million huit cent soixante neuf mille huit cent soixante seize francs CFA (69.869.876 F CFA).

D- Dépenses des partenaires extérieurs

Les partenaires extérieurs sont intervenus pour un montant total de cinquante quatre million cent vingt quatre mille cinq cent quatre vingt sept(54124587F CFA dont trente quatre million cent mille trois cent un francs(34100301 FCFA) par le biais du Ministère de la santé et vingt

million vingt quatre mille deux cent quatre vingt six(2024286FCFA)
directement au niveau du District

E- INTERPRETATION DES DONNEES

De ces résultats, nous pouvons déterminer les éléments ci-après
constitutifs des comptes de la santé:

- les agents de financement ;
- les sources de financement ;
- les prestataires ;
- les fonctions.

1- Les agents de financement

Les agents de financement étaient constitués par les éléments
suivants :

- l'administration centrale (le Ministère de la Santé) pour un montant
de 98251965FCFA
- collectivités locales pour un montant de 113.021.701 F CFA ;
- les ménages pour un montant de 154.530.020 F CFA ;
- le reste du monde (partenaires extérieurs) pour un montant de 20.024.286
F CFA

2- Les sources de financement

Les éléments ci-dessous énumérés représentaient les sources de
financement :

- l'administration centrale pour un montant de 107.303.489 F CFA;
- collectivités locales pour un montant de 69.869.876 F CFA
- les ménages pour un montant de 154.530.020 F CFA ;
- le reste du monde (partenaires extérieurs) pour un montant de 54 124 587
F CFA

3- Les prestataires

Les entités suivantes représentaient les prestataires qui avaient reçu un montant global de trois cents quatre vingt cinq million huit cent vingt sept mille neuf cent soixante douze Francs CFA (385827972FCFA) répartis comme suit :

- le centre de santé, sans bloc opératoire (Gaspard Camara) avait reçu : 123.440.264 F CFA des ménages; 79.156.701 F CFA des collectivités locales ;et 38.086.647 F CFA de l'administration centrale ;le total était de 240.683.612 F CFA.
- les postes de santé (Bourguiba, Derklé, Georges Lahoud) avaient reçu : 31.089.756 F CFA des ménages; 33.865.000 F CFA des collectivités locales ; 26.065.017 F CFA de l'administration centrale ; 9.300.000 F CFA des partenaires extérieurs ; le total était de 100.319.773 F CFA.
- la fourniture et l'administration des programmes avaient reçu: 34.100.301 F CFA de l'administration centrale ; 10.724.286 F CFA des partenaires ; le total était de 44.824.587 F CFA

4- Les fonctions

Les fonctions concernaient essentiellement les soins curatifs et la prévention.

4.1-les fonctions de soins de santé curatifs

Elles se composaient de soins curatifs hospitaliers et de soins curatifs ambulatoires.

4.2- Les fonctions de prévention

Il s'agit de la prévention individuelle et de la prévention collective.

Par ailleurs, les clefs de répartition avaient permis de déterminer les dépenses pour les différents types de soins qui se composaient comme suit :

- a- les soins curatifs hospitaliers : 47%
- b- les soins curatifs ambulatoires : 32%.
- c- Les dépenses de soins préventifs : 21%.

D'autre part, elles avaient permis d'établir la contribution des agents de financement pour chaque fonction au niveau des prestataires comme suit :

- au centre de santé : le Ministère de la santé avait contribué au financement de chaque fonction pour 16 %, les collectivités locales pour 33 %, les ménages pour 51 % et les partenaires extérieurs n'avaient pas contribué.

- au niveau des postes de santé : le ministère de la santé avait contribué au financement de chaque fonction (soins curatifs ambulatoires et soins préventifs) pour 26 %, les collectivités locales pour 34 %, les ménages pour 31 % et les partenaires extérieurs pour 9 %.

- au niveau des programmes : les ministères de la santé étaient intervenues pour le financement de la prévention pour 77 % et les partenaires extérieurs pour 23 % ; les autres agents de financement n'étaient pas intervenus au niveau des programmes.

5-Détermination des agrégats

Les principaux agrégats étaient constitués par la consommation médicale totale. Celle-ci regroupait la consommation des soins et biens médicaux (soins hospitaliers, soins ambulatoires, médicaments et autres biens médicaux) et celle relative à la prévention. La valeur était estimée à trois cent quatre vingt cinq millions huit cent vingt sept mille neuf cent soixante douze francs (385 827 972 FCFA).

VIII- ELABORATION DES TABLEAUX

Les tableaux (sources x agents, agents x prestataires, agents x fonctions et prestataires x fonctions) sont répertoriés ci-dessous et sont respectivement représentés par les tableaux XIV, XV, XVI, XVII.

TABLEAU XIV- SOURCES DE FINANCEMENT X AGENTS DE FINANCEMENT

Tableau XIV: Sources de financement x Agents de financement

Agents		Sources				Totaux	%
		Sources Publiques		Sources Privées			
		Admnsitration Centrale	Collectivités Locales	Ménages	Partenaires (Reste du Monde)		
Secteur Public	Admnistration Centrale (MSP)	64 151 664	0	0	34 100 301	98 251 965	25,5
	Collectivités locales	43 151 825	69 869 876	0	0	113 021 701	29,3
Secteur Privé:	Ménages	0	0	154 530 020	0	154 530 020	40,1
	Partenaires (Reste du Monde)	0	0	0	20 024 286	20 024 286	5,2
Totaux		107 303 489	69 869 876	154 530 020	54 124 587	385 827 972	100,0
%		27,8	18,1	40,1	14,0	100,0	

Le tableau XIV indique que le flux financier des sources publiques vers les agents de financement étaient respectivement de :

- 64.151.664 F CFA de l'administration centrale vers le ministère de la santé publique et de la prévention et 43.151.825 F CFA vers les collectivités locales.

Les collectivités locales avaient par leur propre Fond financé directement pour un montant de 69.869.876 F CFA.

Les ménages intervenaient directement pour un montant de 154.530.020 F CFA.

Les partenaires extérieurs intervenaient par le MSP pour une valeur de 34.100.301 F CFA et directement pour un montant de 20.024.286 F CFA.

TABLEAU XV : AGENTS X PRESTATAIRES

Agents x Prestataires

Prestataires	Agents								Totaux	%
	Secteur Public				Secteur Privé					
	Admnsitration Centrale (MSP)	%	Collectivités Locales	%	Ménages	%	Partenaires (Reste du Monde)	%		
Centres de santé, sans bloc opérateur (Gaspard Camara)	38 086 647	39	79 156 701	70	123 440 264	80	0	0	240 683 612	62,4
Postes de santé (Bourguiba, Derklé, Georges Lahoud)	26 065 017	27	33 865 000	30	31 089 756	20	9 300 000	46	100 319 773	26,0
Fourniture et Administration des programmes	34 100 301	35	0	0	0	0	10 724 286	54	44 824 587	11,6
Totaux	98 251 965	100	113 021 701	100	154 530 020	100	20 024 286	100	385 827 972	100
%	25,5		29,3		40,1		5,2		100,0	

Le tableau ci-dessus montre :

Les dépenses effectuées par les agents de financement au niveau des prestataires étaient de :

Pour l'administration centrale : 98.251.965 dont 38.086.647F CFA pour le centre de santé, 26.065.017 F CFA pour les postes de santé et 34.100.301 F CFA pour la fourniture et l'administration des programmes.

Pour les collectivités locales, elles avaient financé un total de 113.021.701 F CFA dont 79.156.701 pour le centre de santé, 33.865.000 F CFA pour les postes de santé.

Les ménages avaient financé un montant de 154.530.020 F CFA dont 123.440.254 F CFA et 31.089.756 F CFA pour les postes de santé.

Les partenaires extérieurs avaient mobilisé un montant de 20.024.286 F CFA dont 9.300.000 F CFA pour les postes de santé et 10.721.286 F CFA pour fournitures et administrations des programmes.

TABLEAU XVI : AGENTS DE FINANCEMENT X FONCTIONS

Agents de financement x Fonctions

Fonctions	Agents				Totaux
	Secteur Public		Secteur Privé		
	Admnsitration Centrale (MSP)	Collectivités Locales	Ménages	Partenaires (Reste du Monde)	
Soins curatifs hospitaliers (HC1.1)	18 099 408	37 330 028	57 691 862	0	113 121 298
Soins curatifs ambulatoires (HC1.2)	32 928 682	52 362 081	63 847 878	7 132 736	156 271 377
Fonctions de prévention (HC6)	48 079 361	23 842 206	32 308 032	12 205 699	116 435 298
Totaux	99 107 451	113 534 315	153 847 772	19 338 435	385 827 973

L'administration centrale avait financé les soins curatifs hospitaliers pour un montant de 18.099.408 F CFA, les soins curatifs ambulatoires pour un montant de 32.928.682 F CFA et les soins de prévention pour un montant de 48.079.361 F CFA.

Les collectivités locales avaient dépensé 37.330.028 F CFA pour les soins curatifs hospitaliers, 52.362.081 F CFA pour les soins curatifs ambulatoires 23.842.206 F CFA pour la prévention.

Les ménages avaient dépensé 57.691.862 F CFA pour les soins curatifs hospitaliers, 63.847.878 F CFA pour les soins curatifs ambulatoires et 32.308.032 F CFA pour la prévention.

Les partenaires extérieurs avaient financé à hauteur de 7.132.736 F F CFA les soins curatifs ambulatoires et 12.205.699 F CFA la prévention.

TABLEAU XVII : PRESTATAIRES X FONCTIONS

Prestataires x Fonctions					
Fonctions	Prestataires				
	Centres de santé	Postes de santé	Fourniture et Administration des programmes	Totaux	%
Soins curatifs hospitaliers (HC1.1)	113 121 298	0	0	113 121 298	29
Soins curatifs ambulatoires (HC1.2)	77 018 756	79 252 621	0	156 271 377	41
Fonctions de prévention (HC6)	50 543 559	21067152,3	44 824 587	116 435 298	30
Totaux	240 683 612	100 319 773	44 824 587	385 827 972	100
%	62,4	26,0	11,6	100,0	

Ce tableau indique que :

Au niveau du centre de santé, les soins curatifs hospitaliers s'élevaient à 113121298 F CFA , les soins curatifs ambulatoires 77018756F CFA et les soins pour la prévention 50543559 F CFA .

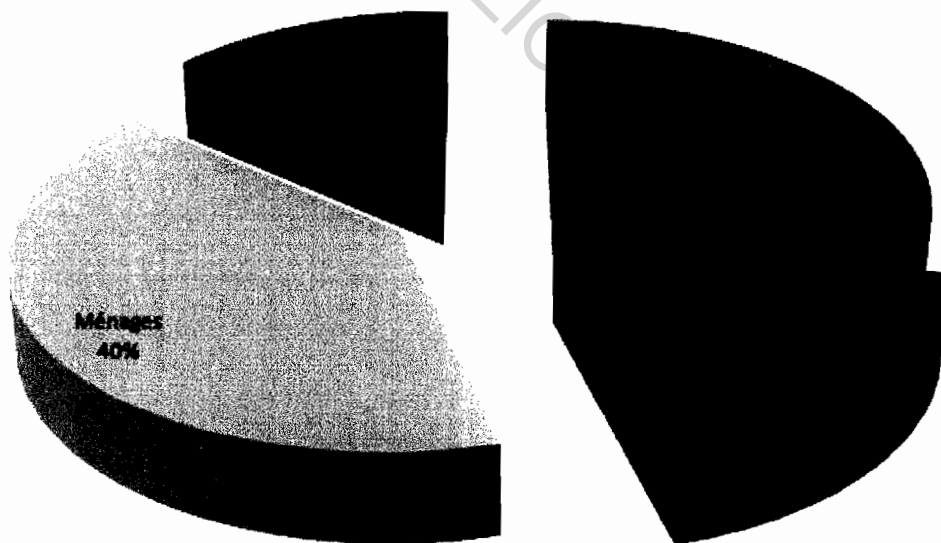
Au niveau des postes de santé, les soins curatifs ambulatoires s'élevaient à 79.252.621 F CFA et la prévention à 21.067.152 F CFA. Les programmes intervenaient dans le financement de la prévention pour un montant de 44.824.587 F CFA.

IX- ANALYSE DES RESULTATS

Pour permettre une meilleure lecture des informations contenues dans nos différents tableaux, nous avons élaboré les graphiques ci-après explicatifs des constituants des comptes de la santé.

A- Graphique 2 : Sources x Agents

Il ressort des éléments contenus dans le graphique 2 ci-dessous, que la part des ménages dans les principales sources de financement représentaient 40%, celle des collectivités locales 18% , les partenaires(reste du monde)14% alors que l'administration centrale ne participait que pour 28%.

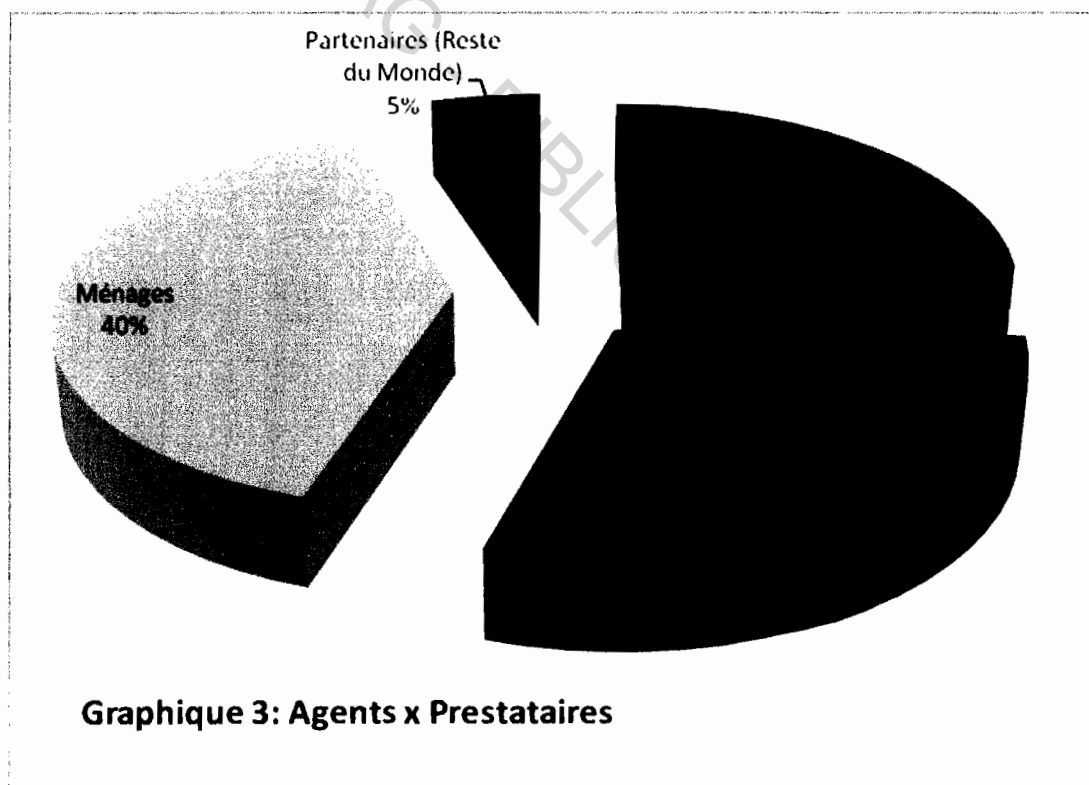


Graphique 2: Sources x Agents

Graphique 2 : Sources x Agents

Graphique 3 et 4: Agents x Prestataires

Le graphique 3 révèle que les ménages par le biais du paiement direct contribuèrent pour 40 % au financement des prestataires tandis que les collectivités locales et l'administration centrale participaient respectivement pour 26 % et 29 %. Quant aux partenaires extérieurs ils intervenaient pour 5 %. Ce qui met en exergue l'absence des assurances en général en leur qualité d'agent de financement et plus particulièrement celle des assurances sociales comme les mutuelles de santé. Au niveau du District, cette défaillance des assurances pourrait expliquer les difficultés auxquelles les ménages sont confrontés pour supporter les charges relatives aux dépenses de santé.



Graphique 3 : Agents x Prestataires

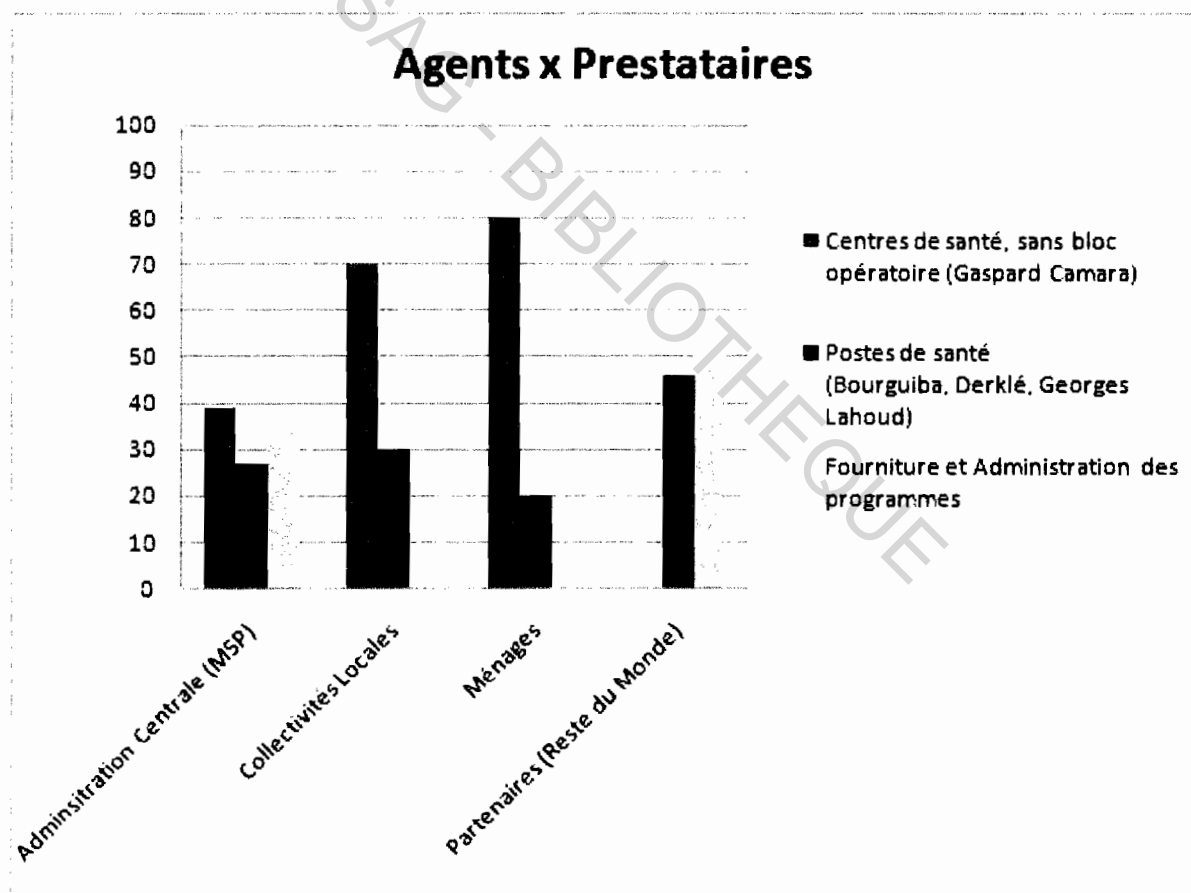
Graphique 4 : Agents x Prestataires

Le graphique 4 montre que 80 % du financement des ménages allaient au Centre de Santé contre 20 % pour les Postes de Santé.

Le financement de l'Administration Centrale profitait à hauteur de 38 % aux Centres de Santé, à 27 % aux Postes de Santé et à 35 % aux programmes.

Quant aux collectivités locales leurs interventions étaient de 70 % au profit des Centres de Santé et à 30 % pour les Postes de Santé.

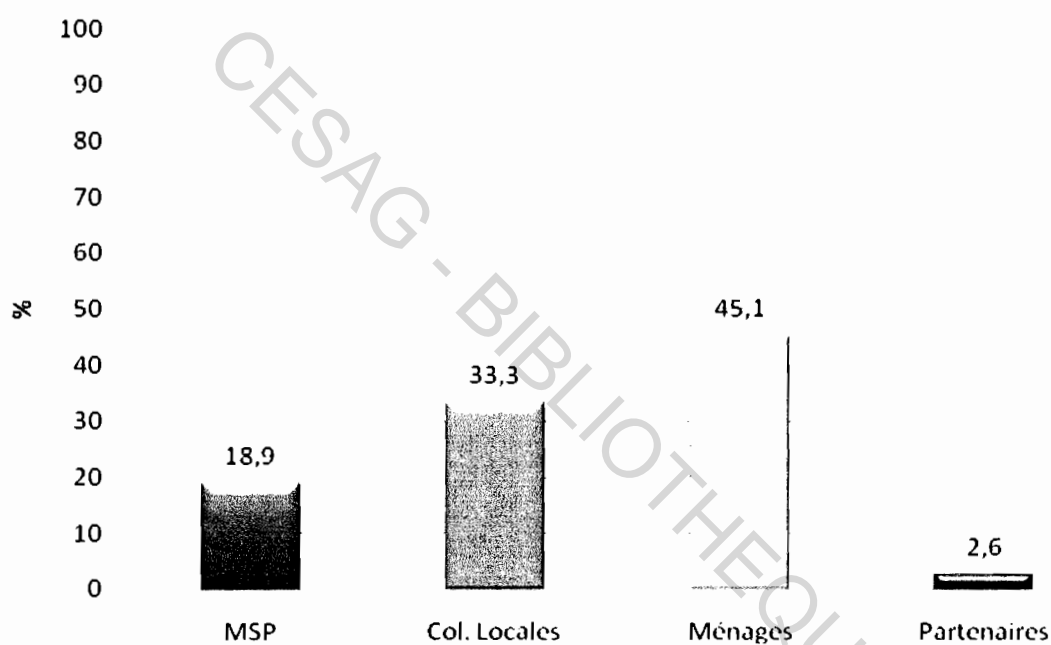
Enfin, les partenaires finançaient les programmes à concurrence de 54 % et les Postes de Santé pour 46 %.



Graphique 4 : Agents x Prestataires

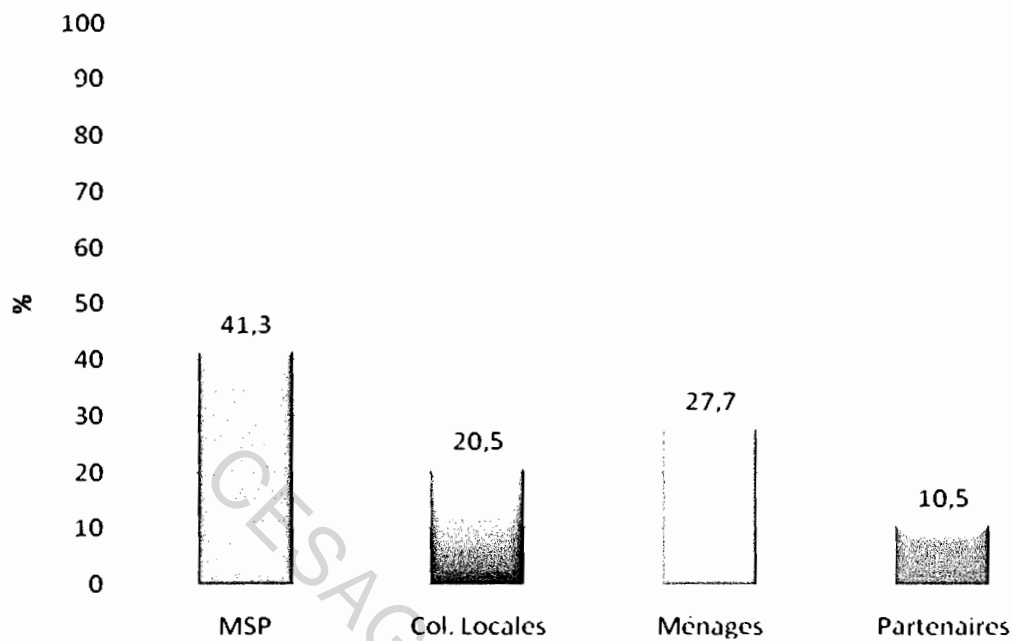
B- Graphique 5: Agents x Fonctions

Les statistiques recensées dans le graphique 5.1 montrent que les différents agents avaient financé les soins curatifs pour 18,9 % par le ministère, 33,3 % par les collectivités locales, 45,1 % par les ménages et 2,6 % par les partenaires.



Agents x Fonctions 5.1 (Soins curatifs)

Graphique 5.1: Agents x Fonctions (soins curatifs)



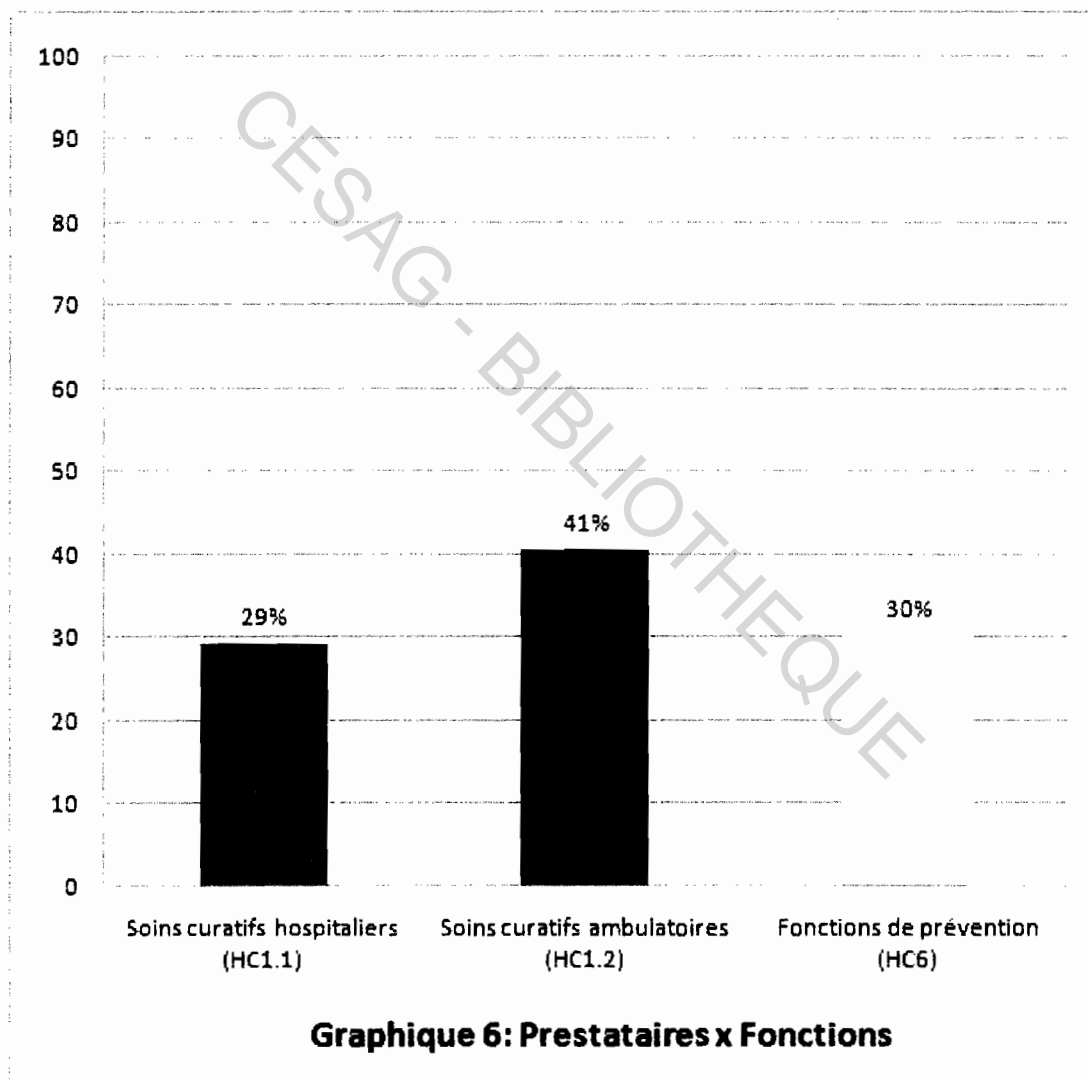
Agents x Fonctions 5.2 (Prévention)

Graphique 5.2: Agents x Fonctions (Prévention)

Le graphique 5.2 explique que pour la prévention, le Ministère avait contribué pour 41,3 %, les collectivités locales pour 20,5 %, les ménages pour 27, 7 % et les partenaires pour 10,5 %.

C- Graphique 6 : Prestataires x Fonctions

Les données contenues dans le Graphique 6 ci-dessous indiquent qu'au niveau du District Centre de Dakar, les soins ambulatoires constituaient 41 % des dépenses contre 29 % aux soins curatifs hospitaliers et 30 % aux activités préventives.



Graphique 6 : Prestataires x Fonctions

Ces résultats me permettent de faire quelques commentaires par rapport aux politiques des santés de l'Etat :

- malgré les efforts de la politique de décentralisation, les collectivités contribuaient encore faiblement au niveau du district.
- La part importante des ménages dans le financement du district pose le problème de l'accessibilité financière au soin.
- Les prestataires au niveau district étaient encore dépendants des partenaires extérieurs.

X- RECOMMANDATIONS

Aux termes de notre étude, il nous est apparu opportun de formuler les recommandations ci-après :

- 1- Inciter les ménages à contracter une assurance maladie vu le coût des soins de santé (Mutuelles de santé).
- 2- Souhaiter l'augmentation de la contribution de l'administration centrale dans le financement des soins de santé.
- 3- Augmenter de manière substantielle les dépenses allant dans le sens de la prévention conformément à la politique de santé de l'Etat sénégalais qui met l'accent sur l'aspect préventif, Il y va de l'efficience de toute politique de santé.
- 4- Améliorer les plateaux techniques au niveau du district afin d'inciter les ménages bénéficiaires d'assurances maladie à fréquenter les structures de district ; ceci aurait pour effet positif de désengorger les structures hospitalières et ainsi de rendre leur capacité d'accueil plus conforme à la demande.

CONCLUSION

Le District Centre de Dakar couvrait en 2005 une population de ...330162 habitants.

Le financement des soins provenait pour 40 % des ménages, 18 % des Collectivités locales et seulement 28 % de l'administration centrale ; les partenaires extérieurs intervenaient pour 5 %.

Au niveau du district, la part des ménages comme agents de financement atteignait 40 %, celle de l'administration centrale 29 %, les collectivités locales 26 % contre seulement 5 % pour les Partenaires extérieurs. Cependant, l'on observe la défaillance des assurances en général et en particulier celle des assurances sociales (Mutuelles).

80 % des dépenses des ménages allaient au centre de santé et 20 % aux postes de santé ; 38 % des dépenses du ministère étaient destinés au centre de santé, 27 % aux postes de santé et 35% aux programmes ; les partenaires extérieurs affectaient 54 % de leurs dépenses aux programmes et 46 % aux postes de santé.

Il ressort de l'étude que les soins curatifs hospitaliers représentaient 47 % des dépenses de santé, les soins curatifs ambulatoires 32 % et les dépenses destinées à la prévention représentaient 21%. Les dépenses en Soins curatifs étaient couvertes pour : 18,9% par le Ministère, 33,3% par les collectivités locales, 45,1% par les ménages et 2,6% par les partenaires extérieurs. Pour la prévention le Ministère de la santé avait contribué pour 41, %, les collectivités locales pour 20,5%, les Ménages pour 27,7% et les Partenaires extérieurs pour 10,5 %.

Au niveau du Centre de santé, les soins curatifs ambulatoires représentaient 85,1 %, les soins curatifs hospitaliers 11, 2 % tandis que la prévention est de 3,6 %.

Concernant les Postes de santé, les soins curatifs ambulatoires représentaient 89 % des activités contre seulement 11 % pour les activités préventives.

Pour les programmes les dépenses étaient consacrées à la prévention.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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

- 2) Atelier sur les comptes nationaux de la santé
CESAG Dakar, mai 2008.**

- 3) BHAWALKAR M., DES., MAIER., NANDAKUMAR AK., TIEN M., Guide pour les décideurs politiques, comprendre les CNS : la méthodologie et le processus de mise en place, partenaires pour la réforme en santé (PHR plus) Abt Associates INC 2003.**

- 4) Comptes nationaux de la santé du Maroc 1997/1998, Ministère de la santé, 2001.**

- 5) DOTOU CHARLES RAYMOND- Elaboration des comptes nationaux de la santé du Sénégal en 2001, mémoire de fin de 3^{ème} cycle, CESAG, mai 2003.**

- 6) Enquêtes Sénégalaises auprès des ménages- Direction de la prévision et de la statistique, 2002-2003. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan. République du Sénégal.**

7) Environnement macro économique et santé avec les études de cas dans les pays les plus démunis. Actualités scientifiques. AUPELF. UREF. ESTEM. OMS, 1995.

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

9) KOUADIO BENIE MARCEL, cours des Comptes nationaux de la santé, ISMS CESAG, année académique 2005/2006.

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

11) National Health Accounts in Eastern and South Africa, a comparative analysis, the East and South Africa Net Work, 2001.

12) Plan de développement sanitaire et social du Sénégal 1998-2007.

Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale, juin 1997.

13) RANNAN. ELIYA, NADA RK. H., KAMAL A. M., ALI A. I. - Egypt National Health account. 1994-1995. Octobre 1997, compte rendu d'initiatives spéciales 3. Bethmont. PHR AbT Associates INC.

14) SCHWATZ J. B., RACELISH, GUILKEY D.K., la décentralisation et les dépenses du gouvernement local en matière de santé aux Philippines. Travaux 0136- Mesurer le projet d'évaluation.

15) SEYDOU O. KOULIBALY, MOUSSA KEITA - les comptes nationaux de la santé au Mali, mars 1993.

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

17) Suivi des objectifs du millénaire pour le développement, rapport OMP 2006

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Tableau II : Activités du centre de santé (Gaspard CAMARA)

Type d'activités	Nombres				Tar
	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	F C
ACTIVITES CURATIVES					
Consultations Médecin Généraliste	1274	895	1586	1795	50
Consultations tri	3294	4627	7428	8401	50
Consultations de garde	2385	4366	7451	5941	
Consultations dentaires	2884	3353	3412	3121	50
Injections	789	829			15
Pansements	1303	1769			20
Examens de Labo	1268	2430			
Malades hospitalisés hors maternité	175	228	358	541	200
Journée d'hospitalisation hors maternité	436	724	931	1161	200
MATERNITE					
Hospitalisée maternité	553	396	525	773	
Journée d'hospitalisation maternité	799	446	609	984	
Accouchement	379	280	402	569	500
Malades évacuées	18	19	14	8	
ACTIVITES DE PROMOTION					
Causeries Santé de la Reproduction	17	5	28	18	
Causeries autres que Santé de la Reproduction	3	6	9	31	
Réunions/Démonstrations/Débats/Projections	6	18	6	4	

**COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE AU SENEGAL : ETUDE DES SOUS COMPTES D'UN
DISTRICTSANTAIRE : LE DISTRICT CENTRE DE DAKAR (Année 2005).**

Entretiens individuels	6	20		4	
ACTIVITES DE PREVENTION					
Consultations prénatales	1006	1190	1449	1269	30
Consultations post natales	1	3	1	21	
Nouveaux acceptants de programme de contraception	88	95	91	67	
Cas de stérilité dépistés	2		10	4	
Surveillance pondérale et nutritionnelle	1521	1354	1337	1301	30
Enfants complètement vaccinés	220	330	439	272	
Consultations d'enfants sains	1523	990	1338	1276	30
Cas de MST dépistés	206225	204	304		

Tableau III : activités de poste de santé n°1 (Bourguiba)

POSTE DE SANTE N°1 (Bourguiba)	Nombres				Tari
Type d'activités	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	F C
ACTIVITES CURATIVES					
Consultations ICP	2359	2619	3930	3558	20
Consultations tri enfants	1470	1428	2107	1649	10
Consultations de garde					
Injections	Inclus dans coût ticket				
Pansements					
ACTIVITES DE PROMOTION					
Causeries Santé de la Reproduction	0	0	0	0	
Causeries autres que Santé de la Reproduction	0	0	0	0	
Réunions/Démonstrations/Débats/Projections	0	0	0	0	
Entretiens individuels	0		0	0	
ACTIVITES DE PREVENTION					
Consultations prénatales	535	517	569	526	30
Consultations post natales	04	21	16	25	30
Nouveaux acceptants de programme de contraception	264	122	90	99	
Cas de stérilité dépistés	2	-	15	10	
Surveillance pondérale et nutritionnelle	4002	1125	4284	987	20
Enfants complètement vaccinés	149	176	190	197	
Consultations d'enfants sains	1050	1039	1210	1144	20
Cas de MST dépistés	15	28	28	19	

Tableau IV : Activité poste de santé n°2 (Georges LAHOUD)

POSTE DE SANTE N°2 (GEORGES LAHOUD)	Nombres				Tarif F C
	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	
ACTIVITES CURATIVES					
Consultations ICP	1457	961	1594	1625	500
Consultations tri	-	-	-	-	
Consultations de garde	-	-	-	-	
Injections	400	427	420	461	200
pansements	84	71	89	105	200
ACTIVITES DE PROMOTION					
Causeries Santé de la Reproduction	0	0	0	0	
Causeries autres que Santé de la Reproduction	0	0	0	0	
Réunions/Démonstrations/Débats/Projections	0	0	0	0	
Entretiens individuels	0	0	0	0	
ACTIVITES DE PREVENTION					
Consultations prénatales	573	537	553	336	500
Consultations post natales	58	27	55	20	500
Nouveaux acceptants de programme de contraception	133	92	119	84	
Cas de stérilité dépistés	13	19	16	12	
Surveillance pondérale et nutritionnelle	170	149	168	180	200
Enfants complètement vaccinés	Pendant toute l'année : 476				
Consultations d'enfants sains	500	516	570	472	200
Cas de MST dépistés	83	86	149	61	

Tableau V : activités poste de santé n°3 (Derklé)

POSTE DE SANTE N°3 (Derklé) Types d'activités	Nombres				Tari
	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	F C
ACTIVITES CURATIVES					
Consultations ICP	1105	1226	2651	2157	300
Consultations tri enfants	-	-	-	-	
Consultations de garde	-	-	-	-	
Injections	67	102	241	248	300
pansements	156	224	298	187	300
ACTIVITES DE PROMOTION					
causeries Santé de la Reproduction	1	0	1	2	
causeries autres que Santé de la Reproduction	3	2	0	1	
Réunions/Démonstrations/Débats/Projections	-	-	-	-	
Entretiens individuels	9	11	11	12	
ACTIVITES DE PREVENTION					
Consultations prénatales	388	369	524	509	300
Consultations post natales	14	23	25	103	300
Nouveaux acceptants de programme de contraception	87	94	94	69	
Cas de stérilité dépistés	-	-	-	-	
Surveillance pondérale et nutritionnelle	978	629	891	844	
Enfants complètement vaccinés					
Consultations d'enfants sains					
Cas de MST dépistés	110	127	115	183	

CLASSIFICATIONS

1- classification des sources de financement

Source de financement = Financing source = FS

FS.1 Fonds Publics

FS.1.1 Fonds des administrations publiques

FS.1.1.1 Fonds de l'administration centrale

FS.1.1.2 fonds des collectivités territoriales / locales

FS.1.2 Autres fonds publics

FS.1.2.1 rentabilité des actifs détenus par les entités publiques

FS.1.2.2 fonds de l'initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés)

FS.1.2.3 autres

FS.2 Fonds Privés

FS.2.1 Fonds des employeurs / entreprises

FS.2.1.1 entreprises parapubliques

FS.2.1.2 entreprises privées

FS.2.2 Ménages

FS.2.3 Institutions nationales sans but lucratif au service des ménages

FS.2.3.1 ONG nationale

FS.2.3.2 Associations nationales confessionnelles

FS.2.3.3 Associations nationales non confessionnelles

FS.2.4 Autres fonds privés

FS.2.4.1 Rentabilité des actifs détenus par les entités privés

FS.2.4.2 Autres fonds privés

FS. 3 Reste du Monde

FS.3.1 Fonds de la Coopération

FS.3.1.1 Coopération multilatérale

FS.3.1.2 Coopération bilatérale

FS.3.1.3 Coopération décentralisée

FS.3.2 Fonds des ONG, fondations et firmes internationales

FS.3.3 Fonds des ressortissants du pays à l'étranger

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2- Classification des agents de financement

Agents de financement = Financing Agents = HF

HF.1 Secteur Public

HF.1.1 Administration publique (hors administration de sécurité sociale)

HF.1.1.1 Administration centrale

HF.1.1.1.1 Ministère de la santé

HF.1.1.1.2 Ministère de l'éducation

HF.1.1.1.2.1 autres ministères

HF.1.1.1.2.2 Ministère des Forces Armées

HF.1.1.1.2.3 Ministère de la Jeunesse

HF.1.1.1.2.4 Primature

HF.1.1.3 Collectivité territoriales / locales

HF.1.1.3.1 régions

HF.1.1.3.2 communes

HF.1.1.3.3 communautés rurales

HF.1.2 Administration de sécurité sociale

HF.1.2.1 caisse de sécurité sociale

HF.1.2.2 IPRESS

HF.2.1.1 Régime des fonctionnaires

Hf.2.5.1 Entreprises para-étatiques

HF.2 Secteur Privé

HF.2.1 Assurances sociales privées

HF.2.1.2 Régime d'assurances des employeurs privés

HF.2.1.2.2 institutions de prévoyance maladie

HF.2.1.3 Mutuelle de Santé

HF.2.1.3.1 mutuelles socio-professionnelles

HF.2.1.3.2 mutuelles communautaires

HF.2.1.3.3 autres types de mutuelles

HF.2.1.9 Autres (fonds de garantie)

HF.2.2 Sociétés d'assurances privées

HF.2.3 Versements directs des ménages

HF.2.4 Institutions nationales à but non lucratif

HF.2.4.1 ONG nationale

HF.2.4.2 Associations nationales confessionnelles

HF.2.4.3 Associations nationales non confessionnelles

HF.2.5 Entreprises (hors assurance maladie)

HF.2.5.2 Entreprises privées

HF.3 Reste du Monde

HF.3.1 Coopération pour le développement

HF.3.1.1 Coopération bilatérale

HF.3.1.2 Coopération multilatérale

HF.3.1.3 Coopération décentralisée

HF.3.2 ONG, fondation et firmes internationales

HF.3.3 Sénégalais de l'extérieur

3- Classification des prestataires

Code	Catégorie
HP.1	Hôpitaux
HP.1.1	Hôpitaux généraux
HP.1.1.1	Hôpitaux généraux publics
HP.1.1.1.1	Hôpitaux généraux publics du ministère de la santé
HP.1.1.1.1.1	Hôpitaux nationaux universitaires (niveau 3)
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
HP.1.1.1.2	Autres hôpitaux généraux publics (ex : hôpitaux militaires)
HP.1.1.2	Hôpitaux généraux privés (à but lucratif et à but non lucratif)
HP.1.1.2.1	Hôpitaux généraux privés à but lucratif (clinique privée)
HP.1.1.2.2	Hôpitaux généraux privés à but non lucratif
HP.1.2	Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes (publics et privés)
	<i>Hôpitaux psychiatriques publics</i>
HP.1.2.1	<i>Hôpitaux psychiatriques privés</i>
HP.1.2.2	Hôpitaux spécialisés autres que psychiatriques (publics et privés)
	<i>Hôpitaux spécialisés publics</i>
HP.1.3	<i>Hôpitaux spécialisés privés</i>
HP.1.3.1	Hôpitaux de système de médecine non allopathique
HP.1.3.2	
HP.1.4	

HP.3	Prestataires de soins ambulatoires
HP.3.1	Cabinets de médecins
HP.3.2	Cabinets de dentistes
HP.3.3	Cabinets d'autres professionnels de santé
HP.3.4	Centres de soins ambulatoires
HP.3.4.1	Centres de planning familial
HP.3.4.2	Centres ambulatoires pour malades mentaux
HP.3.4.3	Centres indépendants de chirurgie ambulatoire
HP.3.4.4	Centres de dialyse
HP.3.4.5	Autres centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires et structures de soins coordonnés
HP.3.4.5.1	Centres de santé sans hospitalisation
HP.3.4.5.1.1	Centres de santé ambulatoire du ministère de la santé
HP.3.4.5.1.2	Centres médicaux des autres ministères et institutions de l'Etat (scolaires notamment)
HP.3.4.5.2	Centres de soins ambulatoires privés
HP.3.4.5.2.1	Services médicaux d'entreprises
HP.3.4.5.2.2	Centres de soins ambulatoires des entités à but non lucratif (ex : ASBF)
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.3.5	Laboratoires d'analyse médicale et de diagnostic
HP.3.5.1	Laboratoires d'analyse médicale
HP.3.5.1.1	Laboratoires d'analyses médicales publiques

**COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE AU SENEGAL : ETUDE DES SOUS COMPTES D'UN
DISTRICTSANTAIRE : LE DISTRICT CENTRE DE DAKAR (Année 2005).**

HP.3.5.1.2	Laboratoires d'analyses médicales privées
HP.3.5.2	Centre d'Imagerie Médicale
HP.3.5.2.1	Centre d'Imagerie Médicale publique
HP.3.5.2.2	Centre d'Imagerie Médicale privée
HP.3.6	Prestataires de services de soins à domicile (ex : SOS Médecins)
HP.3.9	Autres prestataires de soins ambulatoires
HP.3.9.1	Services d'ambulances
HP.3.9.2	CNTS
HP.3.9.3	Praticiens exerçant une médecine alternative ou traditionnelle
HP.3.9.3.1	Tradipraticiens

HP.3.9.3.2	Cabinets de médecine chinoise
HP.3.9.9	Autres services de soins ambulatoires
HP.4	Détaillants et autres distributeurs de soins médicaux
HP.4.1	Pharmacies
HP.4.1.1	Officines privées
HP.4.1.2	Dépôts pharmaceutiques (indépendants)
HP.4.2	Détaillants et autres distributeurs de verres et autres produits d'optiques
HP.4.3	Détaillants et autres distributeurs d'appareils auditifs
HP.4.4	Détaillants et autres distributeurs d'appareils médicaux (autres que les produits d'optiques et appareils auditifs)
HP.4.9	Autres formes de vente au détail et de distributions de produits pharmaceutique et de biens médicaux
HP.4.9.1	
HP.4.9.2	Vente informelle de médicaments
	Autres
HP.5	Fournitures et administrations de programme de santé publique
HP.6	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie
HP.6.1	Administration publique de santé
HP.6.1.1	Ministère de la santé
HP.6.1.2	Autres ministères
HP.6.2	Administration des régimes de sécurité sociale
HP.6.3	Administration des assurances sociales
HP.6.3.1	Administration du régime d'assurances des employeurs privés (IPM)
HP.6.3.2	Administration des mutuelles de santé
HP.6.3.3	Administration d'autres types

**COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE AU SENEGAL : ETUDE DES SOUS COMPTES D'UN
DISTRICTSANTAIRE : LE DISTRICT CENTRE DE DAKAR (Année 2005).**

HP.6.4	<i>d'assurances sociales</i>
HP.6.9	Administration des assurances privées Autres institutions chargées de l'administration de la santé
HP.7	Autres prestations de services de santé
HP.7.1	Etablissement prestataires de médecine du travail
HP.7.3	Autres producteurs secondaires de soins de santé (ex : service de médecine scolaire)
HP.8	Institutions fournissant des services sanitaires connexes
HP.8.1	Institutions de recherche
HP.8.1.1	Institutions privées de recherche
HP.8.1.2	Institutions publiques de recherche
HP.8.2	Institutions de formation
HP.8.2.1	Institutions publiques de formation
HP.8.2.2	Institutions privées de formation
HP.8.3	Autres institutions fournissant des services sanitaires connexes
HP.9	Reste du monde
HP.9.1	Structures de santé de l'étranger (évacuations sanitaires)
HP.9.1.1	Structures de santé des autres états membres de l'UEMOA
HP.9.1.2	Structures de santé Afrique hors zone UEMOA
HP.9.1.3	Structures de santé hors Afrique
HP nsk	Prestataire non spécifiée par type

4- Classifications des fonctions

Codes	Catégories
HC.1	Services de soins curatifs
HC.1.1	Soins curatifs en milieu hospitalier pour hospitalisés (dont médicaments, labo, radio et frais administratifs)
HC.1.2	Soins curatifs en hospitalisation de jour
HC.1.3	Soins curatifs ambulatoires
HC.13.1	Services médicaux et diagnostics courants
HC.1.3.2	Soins dentaires
HC.1.3.3	Autres soins de santé spécialisés (sauf réadaptation)
HC.1.3.9	Autres soins curatifs ambulatoires
HC.1.4	Services de soins curatifs à domicile
HC.2	Service de réadaptation
HC.2.1	Réadaptation en milieu hospitalier
HC.2.2	Réadaptation hospitalisation de jour
HC.2.3	Réadaptation en mode ambulatoire
HC.2.4	Réadaptation à domicile
HC.3	Services de soins de longue durée
HC.3.1	Soins de longue durée en milieu hospitalier (malades mentaux ou dépendants)
HC.3.2	Soins de longue durée en hospitalisation de jour
HC.3.3	Soins de longue durée à domicile
HC.4	Services axillaires
HC.4.1	Laboratoires d'analyse médicale pour patients externes
HC.4.2	Imagerie diagnostic pour patients externes
HC.4.3	Transports sanitaires

**COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE AU SENEGAL : ETUDE DES SOUS COMPTES D'UN
DISTRICTSANTAIRE : LE DISTRICT CENTRE DE DAKAR (Année 2005).**

HC.4.9	Autres services axillaires
HC.5	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires
HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables
HC.5.1.1	Médicaments délivrés sur ordonnance
HC.5.1.2	Médicaments en vente libre
HC.5.1.3	Autres biens médicaux non durables
HC.5.2	Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables
HC.5.2.1	Lunetterie et autres produits d'optique
HC.5.2.2	Appareils orthopédiques et autres prothèses
HC.5.2.3	Appareils auditifs
HC.5.2.4	Appareils médico-techniques y compris fauteuils roulants
HC.5.2.9	Autres biens médicaux durables.
HC.6	Service de prévention et de santé publique
HC.6.1	Santé maternelle et infantile, services de planning familial et de consultations
HC.6.2	Services de médecine scolaire
HC.6.3	Prévention des maladies transmissibles
HC.6.4	Préventions des maladies non transmissibles
HC.6.5	Médecine du travail
HC.6.6	Service de promotion de la santé (SNIEPS)
HC.6.9	Autres services de santé publique
HC.7	Administration de la santé et assurances maladie
HC.7.1	Administration générale de la santé : administrations publiques
HC.7.1.1	Administration générale de santé publique sauf sécurité sociale
HC.7.1.2	Activités d'administration d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale

**COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE AU SENEGAL : ETUDE DES SOUS COMPTES D'UN
DISTRICTSANTAIRE : LE DISTRICT CENTRE DE DAKAR (Année 2005).**

HC.7.2	Administration de l'assurance maladie : organismes privés
HC.7.2.1	Assurances sociales privées
HC.7.2.2	Sociétés d'assurances privées
HC.Nsk	Dépenses de santé non spécifiées par catégorie.
HCR	Fonctions sanitaires connexes
HCR.1	Formation du capital des établissements prestataires de soins de santé
HCR.2	Education et formation du personnel de santé
HCR.3	Recherche et développement dans le domaine de la santé
HCR.4	Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène, eau potable)
HCR.5	Hygiène du milieu
HCR.Nsk	Dépense non spécifiée par catégorie

5- Classification des fonctions pour le sous comité de la santé de la reproduction

Codes	Catégories
-------	------------

HC. Fonction de soins de santé (services et biens directs)

HC.5	Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires
HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables
HC.5.1.1	Médicaments sur ordonnances
HC.5.1.2	Médicaments en vente libres
HC.6	Prévention et services de santé publique
HC.6.1	Programme SM : PF et services de conseil
HC.6.1.1	Programme de préventions en SM
HC.6.1.2	Programme de prévention en PF
HC.6.3	Prévention des maladies transmissibles dont nutrition
HC.6.4	Prévention des maladies non transmissibles.
HC.6.5	Service de prévention dispensé au sein des structures sanitaires hors programmes
HC.6.5.1	Service de prévention santé maternelle
HC.6.5.1.1	Service de prévention santé maternelle hors d'hospitalisation
HC.6.5.1.1.2	Service de prévention santé maternelle en ambulatoire
HC.6.5.2	Service de prévention de planification familiale
HC.6.5.2.1	Service de prévention en planification familiale hors d'hospitalisation
HC.6.5.2.2	Service de prévention en planification familiale en ambulatoire
HC.6.5.3	Autres services de prévention de santé de la reproduction
HC.7	Administration de la santé et assurance maladie

**COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE AU SENEGAL : ETUDE DES SOUS COMPTES D'UN
DISTRICTSANTIAIRE : LE DISTRICT CENTRE DE DAKAR (Année 2005).**

HC.7.1	Administration générale de la santé : secteur public
HC.7.2	Administration générale de la santé : secteur privé
HC.Nsk	Non spécifié par catégorie
HC.R Fonctions de santé connexes	
HC.R.1	Formation de capital
HC.R.1.1	Développement et réhabilitation des établissements de soins curatifs et préventifs
HC.R.1.2	Développement et réhabilitation des infrastructures de fourniture de services diagnostics Amélioration du système non clinique.
HC.R.2	Education et formations
HC.R.2.1	Education et formation en SM
HC.R.2.2	Education et formation en PF
HC.R.2.3	Education et formation en autres services SR
HC.R.3	Recherches et développement
HC.R.3.1	Recherches et développement en santé maternelle
HC.R.3.2	Recherches et développement en PF
HC.R.3.3	Recherches et développement en autres SR
HC.R.nsk	Non spécifié par catégorie
AD. Fonctions addendum	
AD.1	Transports de ou vers les structures sanitaires autres que les professionnels
AD.2	Restauration et hébergement
AD.3	Fourniture d'autres services liés
AD.4	Plaidoyer pour la santé de la reproduction
AD.5	Appui social et juridique (légal)