RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA PRÉVENTION ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

MSPHP

CELLULE D'APPUI AU FINANCEMENT DE LA SANTE ET AU PARTENARIAT (CAFSP)

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE DU SENEGAL

Année 2005

MEF/ANSD OMS USAID ABT/usaid CF UNFPA

■ Sommaire

PREFACE 7

REMERCIEMENTS 9

COMITE DE REDACTION 10

SIGLES 11

RESUME 12

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET ENJEUX DE L'ETABLISSEMENT DES PREMIERS COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE 15

1- INTRODUCTION 16

2- CONTEXTE 16

2.1- Données physiques et démographiques 16

2.2- Données socio-économiques 17

2.3- Données sanitaires 17

2.4- Données financières 19

3- DEFINITION, ENJEUX ET DEFIS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE 19

3.1- Définition du concept 19

3.2. Enjeux et défis 19

4. DELIMITATION DU CHAMP COUVERT PAR LES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE 20

5. OBJECTIFS DE L'ETUDE 21

5.1- But 21

5.2- Objectif général 21

5.3- Objectifs spécifiques 21

DEUXIEME PARTIE : RESUME METHODOLOGIQUE 22

1- CADRE INSTITUTIONNEL 23

1.1- Le comité de pilotage 23

1.2. Le comité technique 23

1.3. Modalités de fonctionnement du comité technique 24

2- CHOIX METHODOLOGIQUES MAJEURS 25

2.1. Choix de l'année de référence 25

2.2. Présentation des tableaux 25

2.3. Données secondaires 25

2.4. Données primaires 25

2.5. Dépenses des ménages 26

3- REALISATION DES ENQUETES 26

3.1. Élaboration des questionnaires 26

3.2. Enquêtes réalisées par le comité technique 27

3.3. Enquêtes déléguées aux unités statistiques 27

3.4. Enquêtes réalisées par l'équipe d'enquêteurs de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) 27

3.5. Difficultés rencontrées lors de l'enquête 27

3.6- Codification, saisie et traitement des données 29

3.7- L'élaboration des tableaux 29

TROISIEME PARTIE : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 30
1- STRUCTURE DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE 31
1.1- Définitions 31
1.2- Le tableau Sources / Agents simplifié 32
1.3- Analyse des sources de financement 33
1.4- Analyse des agents de financement 34
1.4.1. Analyse des dépenses du secteur public 35
1.4.1.1. Les dépenses du Ministère de la Santé 35
1.4.1.2. Dépenses de la Primature et des autres ministères 35
1.4.1.3. Dépenses des administrations de sécurité sociale 36
1.4.1.4. Dépenses des collectivités locales 36
1.4.2. Analyse des dépenses du secteur privé 37
1.4.2.1. Dépenses des ménages 37
1.4.2.2. Dépenses des Assurances 38
1.5. Comparaisons internationales des données macro-économiques 39
2- LES TRANSACTIONS ENTRE LES AGENTS DE FINANCEMENT ET LES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTE 40
2.1- Définitions 40
2.2- Le tableau Agents / Prestataires simplifié 41
2.3- Analyse des dépenses des Agents par Prestataire 42
2.3.1. Répartition par prestataire des dépenses du Ministère de la santé 43
2.3.2. Répartition par prestataire des dépenses des collectivités locales 43
2.3.3. Répartition par prestataire des dépenses des ménages 44
2.3.4. Répartition par prestataire des dépenses des assureurs 45
2.3.5. Répartition par prestataire des dépenses exécutées par le Reste du Monde 46
2.4- Structure de la consommation médicale individuelle 47
2.5- Analyse de la contribution de l'Administration Centrale à travers les structures publiques de la pyramide sanitaire 48
3.1- Définitions 49
3.2- Le tableau Agents / Fonctions simplifié 50
3.3- Analyse de la dépense nationale de santé par fonction 51
3.4- Analyse des dépenses des principaux agents par fonction 53
3.4.1. Analyse fonctionnelle des dépenses publiques 53
3.4.1.1. Analyse fonctionnelle des dépenses du Ministère de la Santé 54
3.4.1.2. Analyse fonctionnelle des dépenses de la Primature et des autres ministères 55
3.4.2. Analyse fonctionnelle des dépenses privées 55
3.4.2.1. Analyse des dépenses des ménages par fonction 56
3.4.2.2. Analyse des dépenses des assureurs par fonction 56
3.4.3- Analyse fonctionnelle des dépenses du reste du Monde 58
4- ANALYSE FONCTIONNELLE DES DEPENSES DES PRESTATAIRES DE SOINS 58
4.1- Le tableau Prestataires / Fonctions simplifié 58
4.2- Répartition fonctionnelle des dépenses des structures sanitaires publiques 59
4.3- Répartition fonctionnelle des dépenses des programmes de santé publique 61
4.4- Répartition fonctionnelle des dépenses des structures sanitaires privées 61
4.5- Répartition des dépenses des services auxiliaires par type de prestataire 62
4.6- Analyse des types de prestations fournies par les prestataires 62

4.6.1. Les dépenses en soins curatifs 63
4.6.1.1. La fourniture de soins curatifs hospitaliers 63
4.6.1.2. La fourniture de soins curatifs ambulatoires 64
4.6.2. Les dépenses en soins préventifs 65

QUATRIEME PARTIE : RECOMMANDATIONS ET INSTITUTIONNALISATION 66
A- RECOMMANDATIONS 67
B- INSTITUTIONNALISATION 71
C- CONCLUSIONS 72

ANNEXES 73
ANNEXE 1 : PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE DU SENEGAL 74
ANNEXE 2 : NOTE DE SERVICE INSTITUANT LE COMITE DE PILOTAGE DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE 75
ANNEXE 3 : NOTE DE SERVICE INSTITUANT LE COMITE TECHNIQUE DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE 77
ANNEXE 4. LES TABLEAUX DES CNS 78
Annexe 4a. Le tableau Sources / Agents 78
Annexe 4b. Le tableau Agents / Prestataires 79
Annexe 4c. Le tableau Agents / Fonctions 80
Annexe 4d. Le tableau Prestataires / Fonctions 81
ANNEXE 5 : QUELQUES INDICATEURS FINANCIERS DES CNS 82
ANNEXE 6 : PERSONNEL AYANT PARTICIPE AU 1ERS EXERCICE DES CNS 84
Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat 84
Collecte des données 85
Traitement informatique 86
Traitement et Analyse des données 86
POSTFACE 87

■ Liste des tableaux

Tableau 1 : Unités statistiques enquêtées, outils de collecte des données et modes d'administration des questionnaires 28

Tableau 2 : Tableau résumant les flux financiers entre les Sources de Financement et les Agents de Financement (FS x HF) 32

Tableau 3 : Sources de financement du Ministère de la Santé et de la Prévention 35

Tableau 4 : Dépense de santé de la Primature des autres ministères par source de financement 36

Tableau 5 : Structure du marché de l'assurance maladie hors ISS et hors dommages corporels des assureurs privés 38

Tableau 6 : Indicateurs socio-économiques 39

Tableau 7 : Structure du financement des systèmes de santé 39

Tableau 8 : Tableau Agents / prestataires simplifié 41

Tableau 9 : Répartition des versements directs des ménages par prestataire dans la consommation médicale 44

Tableau 10 : Part des versements directs des ménages dans le privé et le public 44

Tableau 11 : Structure des dépenses de santé des ménages par niveau de la pyramide sanitaire 45

Tableau 12 : Part des assurances dans le chiffre d'affaires des prestataires 45

Tableau 13 : Répartition des chiffres d'affaires des prestataires par type d'assureur 46

Tableau 14 : Financement de la Consommation médicale Individuelle par Prestataire…… 47

Tableau 15 : Tableau Agents / Fonctions simplifié 50

Tableau 16 : Répartition fonctionnelle de la dépense nationale de santé 51

Tableau 17 : Structure des dépenses de prévention 52

Tableau 18 : Consommation nationale en médicaments 53

Tableau 19 : Structure des dépenses publiques par fonction 53

Tableau 20 : Structure des dépenses privées par fonction 55

Tableau 21 : Analyse de la consommation médicale des assureurs par type de prestation 57

Tableau 22 : Frais de gestion des régimes d'assurance maladie 57

Tableau 23 : Tableau Prestataires / Fonctions. 58

Tableau 24 : Structure fonctionnelle de la consommation médicale des prestataires publics 59

Tableau 25 : Répartition fonctionnelle des dépenses des programmes hors administration et investissement 61

Tableau 26 : Répartition fonctionnelle des dépenses des structures sanitaires privées 61

Tableau 27 : Répartition des dépenses des services auxiliaires par type de prestataire 62

Tableau 28 : Répartition de la consommation des soins ambulatoires parmi les prestataires privés .. 64

■ Liste des graphiques

Graphique 1 : Structure des sources de financement du système de santé 33

Graphique 2 : Répartition de la DNS selon les agents de financement 34

Graphique 3 : Dépenses des collectivités locales.....37

Graphique 4 : Modalités du financement du secteur des « Assurances ».....38

Graphique 5 : Répartition de la Dépense Nationale de Santé par prestataires.....42

Graphique 6 : Structure des dépenses par prestataire du Ministère de la Santé de la Prévention et de l'Hygiène Publique 43

Graphique 7. Contribution de l'Administration Centrale dans le financement de la pyramide sanitaire.....48

Graphique 8 : Structure des dépenses du Ministère de la Santé de la Prévention médiale par type de prestation (fonction) 54

Graphique 9 : Structure des dépenses de la Primature et des autres ministères par type de prestation.....55

Graphique 10 : Répartition par fonction des dépenses des assurances privées.....56

Graphique 11 : Types de prestations fournies par les prestataires 62

Graphique 12 : Répartition des soins hospitaliers par prestataire.....63

Graphique 13 : Répartition des soins ambulatoires par prestataire.....64

Graphique 14 : Répartition des soins préventifs (hors programmes) par prestataire 65

■ Préface

Le Sénégal s'est engagé depuis 2003, avec l'appui de ses partenaires au développement, à relever les défis de la réduction de la pauvreté et de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). A cet égard, un premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP-I) couvrant la période 2003-2005 a été mis en œuvre et un deuxième DSRP (2006-2010) est en cours d'exécution. Le secteur de la santé, jouant un rôle primordial dans la réduction de la pauvreté, la croissance accélérée et le développement humain, a constitué l'un des leviers fondamentaux de la politique de l'Etat. Des performances considérables ont été enregistrées dans le secteur durant la période de mise en œuvre du premier document.

Avec l'exécution du DSRP-II, des efforts supplémentaires sont menés pour maintenir les acquis et relever les défis. Ainsi, en augmentant la part de la santé dans le budget total de l'Etat de 7,7% en 2003 à 10,3% en 2007, l'Etat du Sénégal a affiché clairement sa volonté d'atteindre les objectifs préalablement définis dans le secteur. Il s'agit particulièrement de : (i) réduire la mortalité maternelle, (ii) réduire la mortalité infanto juvénile et (iii) maîtriser la fécondité.

Pour opérationnaliser ces objectifs, le Ministère chargé de la Santé élabore et met en œuvre chaque année, depuis 2006, un Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT), conformément aux réformes du système de gestion des finances publiques et des marchés publics. Cet outil de gestion axé sur les résultats a permis l'identification d'indicateurs de performance pertinents pour suivre et mesurer les résultats obtenus.

Les Comptes nationaux de la Santé (CNS) élaborés pour la première fois au Sénégal, sous l'égide du Ministère de la Santé et de la Prévention, avec l'appui technique de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), constituent un outil complémentaire de suivi/évaluation des objectifs poursuivis dans le secteur. En effet, les CNS ont pour but de mettre à la disposition des autorités sanitaires un instrument de mesure de la dépense nationale de santé (DNS) qui permet, d'une part, de décrire de manière détaillée l'origine des ressources allouées au secteur de la santé, leur utilisation et leur destination (bénéficiaires) et, d'autre part, de quantifier et d'analyser les différents flux entre les acteurs du système de santé. Ils ont également pour vocation de bâtir des indicateurs pertinents, destinés à mesurer et orienter les efforts consentis dans le financement de la santé. A cet égard, ils constituent un outil efficace d'aide à la décision. Ainsi, l'élaboration des CNS s'inscrit dans le Cadre du Projet Santé, Réduction de la Pauvreté et

Développement Economique (SRPDE) de la Commission Macroéconomie et Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le présent rapport analyse les résultats des Comptes nationaux de la santé portant sur l'année 2005. Il a été conçu pour répondre à un ensemble de questions de politique de santé. Il présente ainsi les résultats sous forme de ratios et de pourcentage de façon à réaliser des mesures d'ensemble pour déterminer le niveau de développement en matière de financement de la santé.

Ces Comptes nationaux de la santé ont été réalisés grâce à un partenariat entre le Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique et le Ministère de l'Economie et des Finances, à travers l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD). Je magnifie cette collaboration qui a permis à l'équipe technique chargée d'élaborer les CNS de disposer de données fiables.

Je souhaiterais profiter de cette occasion pour exprimer au nom du Gouvernement mes remerciements à tous les partenaires au développement, notamment l'Organisation Mondiale de la Santé, la Coopération française, la Coopération américaine (Abt/USAID), la Coopération luxembourgeoise et l'Organisation des Nations Unies pour la Population (UNFPA) pour avoir mis à la disposition du Sénégal des moyens techniques et financiers ayant permis l'élaboration de ce précieux outil. Ce rapport constituera, j'en suis persuadé, une référence pour guider les décisions des Hautes autorités dans le cadre de la gestion du système de santé.

Monsieur Abdoulaye DIOP
Ministre d'Etat, Ministre de l'Economie et des Finances

■ Remerciements

L'élaboration des Comptes nationaux de la Santé (CNS) a été réalisée par le Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique en collaboration étroite avec l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD).

La réalisation de ce premier exercice des CNS a mobilisé des ressources financières importantes et nécessité la disponibilité et la compétence de plusieurs personnes.

Le Ministère en charge de la Santé, à travers la CAFSP saisit l'occasion de la publication du présent rapport pour adresser ses sincères remerciements aux partenaires techniques et financiers qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite de cet exercice.

Mention spéciale est faite:

• aux membres du comité de pilotage des CNS pour leur accompagnement politique et stratégique;

• aux membres du comité technique des CNS pour leur compétence et leur disponibilité ;

• au personnel technique et administratif de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, au niveau central comme au niveau régional ; leur appui a été d'une importance capitale lors de la collecte et du traitement des données ;

• à l'équipe de la CAFSP pour son engagement et sa disponibilité durant tout le processus d'élaboration de ce premier exercice des CNS;

• aux chefs d'équipes, aux superviseurs, aux enquêteurs sans oublier le personnel de soutien (chauffeurs, secrétaires, agents de codification, opérateurs de saisie …) ; leur professionnalisme, leur dévouement et leur endurance ont été déterminants pour la réussite des enquêtes ;

• aux acteurs du secteur privé : qui ont participé à cet exercice, en rendant disponibles et accessibles les informations en rapport avec leurs activités qui contribuent à l'accroissement de l'offre de services de santé dont ont besoin les populations.
Il s'agit des :
- Prestataires privés (cabinets et cliniques privés)
- Systèmes d'Assurance Maladie privés (Institutions de Prévoyance Maladie, Mutuelles de Santé, Sociétés d'Assurances privées)
- Congrégations (Postes de santé catholiques)
- ONG et Agences d'exécution

• aux acteurs du secteur public :
- Autorités administratives ;
- Elus Locaux ;
- Autorités sanitaires ;
- Directeurs d'Hôpital ;
- Personnels des structures sanitaires publiques
- Systèmes d'assurance maladie publics (Caisse de Sécurité Sociale, Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal, Régime des fonctionnaires, Fonds de Garantie Automobile)

• A toutes les personnes physiques ou morales qui n'ont ménagé aucun effort pour la réussite de cet important exercice d'élaboration des CNS.

■ Comité de Rédaction

1. Dr Aboubacry FALL	MSPM/CAFSP
2. Dr Filyfing Tounkara WAGUE	MSPM/CAFSP
3. Dr Ndack Wadji LY	MSPM/CAFSP
4. M. Papa Ousmane MBOW	MSPM/CAFSP
5. M. Arona MBENGUE	MSPM/CAFSP
6. Mme Ndèye Fatou Tall NDIAYE	MSPM/CAFSP
7. M. Abdoulaye BALDE	MSPM/CAFSP
8. M. Ibrahima Aliou SALL	MSPM/CAFSP
9. M. Mbaye SENE	MSPM/CAFSP
10. M. Abou AW	MEF/ ANSD
11. M. Mathias Bouna CAMARA	MSPM/DRH
12. Dr Farba Lamine SALL	OMS
13. Mme Bénédicte BRUSSET	SCAC/CAFSP

Appui Technique :

- Dr Alice SOUMARE	OMS
- M. Joseph Brunet JAILLY	CONSULTANT
- Nathalie Van de Maele	OMS/GENEVE

■ Sigles

ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CAFSP :	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CL :	Collectivité Locale
CM :	Consommation Médicale
CMI :	Consommation Médicale Individuelle
CNLS :	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNS :	Comptes Nationaux de la Santé
CNMS :	Commission Nationale Macroéconomie et Santé
CPN :	Consultation pré-natale
DAGE :	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement.
DNS :	Dépense Nationale de Santé
DTS :	Dépense Totale de Santé
EDS :	Enquête Démographie et Santé
EPS3 :	Établissement Public de Santé de niveau 3
EPS2 :	Établissement Public de Santé de niveau 2
ESAM2 :	Enquête Sénégalaise auprès des Ménages Phase 2
ESPS :	Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal
FDD :	Fonds de Dotation de la Décentralisation
FECL :	Fonds d'Équipement des Collectivités Locales
FGA :	Fonds de Garantie Automobile
GF :	Groupement Féminin
GRAIM :	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes
IPM :	Institution de Prévoyance Maladie
IPRES :	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
ISBL :	Institution Sans But Lucratif
ISS :	Institution de Sécurité Sociale
MEF/DPS :	Ministère de l'Économie et des Finances/Direction de la Prévision et des Statistiques
MSPHP :	Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PIB :	Produit Intérieur Brut
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PRN :	Programme de Renforcement Nutritionnel
PS :	Poste de Santé
RDM :	Reste du Monde
SAM :	Système d'Assurance Maladie
SIGFIP :	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SR :	Santé de la Reproduction
TMI :	Taux de Mortalité Infantile

■ Résumé

● ***Contexte, justification et enjeux***

Le Sénégal a entrepris en 2006 l'élaboration du premier exercice des Comptes Nationaux de la Santé (CNS). L'année 2005 a été retenue pour les besoin de cette exercice devant permettre la réalisation de deux comptes : le compte global et le sous compte santé de la reproduction. Ce document présente les principaux résultats obtenus du compte global et les recommandations majeures issues de ces enseignements. Le sous-compte santé de la reproduction sera réalisé en 2009.

La masse globale des flux mobilisés pour le secteur de la santé n'est pas connue avec précision. Cet exercice des CNS a permis de décrire la répartition de la dépense de santé par type de prestation, par prestataire et par source de financement. Ainsi, les autorités politiques, administratives et sanitaires ainsi que les partenaires techniques et financiers se donnent les moyens de disposer des bases financières qui leur permettront d'affiner les prises de décision pour une meilleure maîtrise des flux financiers au sein du système de santé et une appréciation de sa performance.

● ***Cadre institutionnel et méthodologie***

Les CNS sont domiciliés à la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP). Un comité de pilotage présidé par le ministre en charge de la Santé définit les orientations politiques et supervise le comité technique composé d'experts du Ministère chargé de la Santé et du Ministère de l'Économie et des Finances.

Le comité de pilotage a retenu l'élaboration des 4 principaux tableaux des CNS :

1. **Sources / Agents** « Qui finance qui et à hauteur de combien ? » ;
2. **Agents / Prestataires**, « Qui affecte ces fonds à quel prestataire ? et pour quel montant ? » ;
3. **Agents / Fonctions** « Qui finance quels services : soins curatifs hospitaliers, soins curatifs ambulatoires et soins préventifs ?» ;
4. **Prestataires / Fonctions** « Quelles activités ont été réalisées par les prestataires avec les fonds reçus ? »

● ***Principaux résultats***

La Dépense Nationale de Santé (DNS) qui prend en compte l'ensemble des dépenses de santé effectuées au profit des résidents au Sénégal est de 254 196 425 119 FCFA alors que la Dépense Totale de Santé (DTS) exclut les dépenses relatives à la formation, à la recherche, au contrôle sanitaire et aux dépenses de santé non spécifiées par catégorie. Elle s'élève à 247 491 083 850 FCFA.

Dans ce présent rapport, la dépense nationale de santé est utilisée pour le calcul des différents indicateurs.

Structure du financement du système de santé

- Les fonds publics s'élèvent à 91,4 milliards de Fcfa et sont constitués à hauteur de 96% par les fonds provenant de l'administration centrale et 3% des collectivités locales.
- Les fonds privés s'élèvent à 109,4 milliards de Fcfa répartis ainsi : 87% fonds des ménages, 9% fonds des employeurs, 3% autres fonds privés et 1% fonds des ONG.
- Les fonds du Reste du Monde sont de 53,4 milliards de Fcfa dont 59% proviennent de la coopération bilatérale, 14% de la coopération multilatérale, 0,7% de la coopération décentralisée, 26% des ONG, des initiatives internationales et globales et 0,3% des fonds des sénégalais de l'extérieur.

Gestion des fonds

- Le Secteur Public gère 134,3 milliards de Fcfa soit 53% de la Dépense Nationale de Santé dont 78,2% pour le Ministère de la Santé et de la Prévention et 7% pour les collectivités locales ;
- Le Secteur Privé gère 43% de la DNS dont 77% sont gérés par les ménages, 10% par les sociétés d'assurance et 9% par les assurances sociales ;
- Les Partenaires Extérieurs gèrent 4% de la DNS et contribuent à hauteur de 21% au financement du secteur.

Répartition des dépenses par prestataire

- Les dépenses par prestataire du MSP montrent une prédominance des programmes de santé publique (38%) et des structures hospitalières qui reçoivent 38% (21% aux hôpitaux et 17% aux centres de santé) ; les postes de santé ne recevant que 3% de ces fonds publics ;
- L'achat de médicaments constitue près de la moitié des dépenses directes des ménages (48,8%). Les dépenses directes des ménages chez les tradipraticiens (5%) sont aussi importantes que dans les cabinets privés et les postes de santé. Hors médicaments, les dépenses des ménages se concentrent dans les structures publiques hospitalières (70%) ;
- Les dépenses des assureurs commerciaux privés et des IPM se concentrent sur le secteur privé (92%) tandis que les dépenses des mutuelles de santé hors médicaments, s'orientent vers le secteur public (70%) ;

Répartition des dépenses par type de prestation

- La structure fonctionnelle de la dépense nationale de santé est décrite par le tableau ci-dessous :

Tableau 1. Répartition fonctionnelle de la dépense nationale de santé

Fonctions	Montant *(en milliards de Fcfa)*	%
Soins curatifs	81, 136	31,9%
Prévention & santé publique	56, 448	22,2%
Médicaments	45, 858	18%
Lunetterie	1,724	0,6%
Construction & Équipement	27, 858	11,0%
Administration générale de santé	24, 975	9,8%
Labo & imagerie	9, 193	3,6%
Recherche et formation	6, 705	2,6%
Total	254, 196	100%

L'essentiel de la dépense nationale de santé est orienté vers les soins curatifs, les services de prévention et de santé publique alors que la recherche et la formation bénéficient de moins de 3% du financement dans le secteur.

- Au niveau du secteur public, les dépenses de prévention occupent la première place avec 38% suivies des soins curatifs (25%). L'effort d'investissement du secteur public s'élève à 26,221 milliards de Fcfa dont 46% sont consacrés à la construction et à la réhabilitation d'infrastructures sanitaires, 54% à l'équipement.

- Au niveau du secteur privé, l'essentiel des dépenses notamment celles des ménages, est orienté vers les médicaments (plus de 50%) et les soins curatifs (40%).

  La structure des dépenses de l'ensemble des systèmes d'assurances privées montre que les services de santé les plus couverts sont les services de soins curatifs avec 46% dont 58% pour les soins curatifs hospitaliers puis les médicaments avec 23%. Enfin, les dépenses d'administration consomment 19% des dépenses des assureurs.

◆ PREMIERE PARTIE : CONTEXTE ET ENJEUX DE L'ETABLISSEMENT DES PREMIERS COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE

1- Introduction

Le présent rapport retrace les résultats du premier exercice d'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) pour le Sénégal. Cette première expérience réalisée à partir de 2006 concerne l'année 2005. L'option retenue est de réaliser deux comptes : le compte global qui retrace les flux financiers liés aux activités du système de santé dans son ensemble et le sous compte Santé de la Reproduction. Le traitement des données relatives au sous-compte de la Santé de la Reproduction est en cours et les résultats seront présentés ultérieurement dans un autre rapport.

L'efficience des dépenses de santé est un souci permanent des décideurs. Cette volonté s'est traduite par une série de réformes qui a conduit à la mise en place en 2004 d'un cadre institutionnel, la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) chargée des questions relatives au financement de la santé. L'environnement national et international a contribué à accélérer le processus de rationalisation des dépenses publiques à travers les Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté (DSRP 1 et 2) et les résultats et conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé (CMS).

Les constats relatifs aux problèmes d'allocation des ressources, ont constitué un argument fort ayant convaincu les pouvoirs publics de la nécessité de disposer de bases financières fiables nécessaires à la prise de décisions politiques majeures.

2- Contexte

2.1- Données physiques et démographiques

La population du Sénégal est de 10 901 434 habitants en 2005, année dont les données ont été retenues pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé. Entre les périodes intercensitaires 1976-1988 et 1988-2002, les taux d'accroissement démographique sont respectivement de 2,7% et de 2,5% par an. Il en résulte un doublement de la population tous les 25 ans.

Elle est repartie sur une superficie de 196.722 km^2 soit 59h/km^2. La densité de la population varie largement entre les régions. La région de Dakar concentre à elle seule, prés du quart de la population pour 0,3 % de la superficie nationale. Les régions les moins peuplées sont celles de Tambacounda et de Matam avec des densités démographiques respectives de 11 et 16 habitants/km2.

La répartition de la population par âge et par sexe met en évidence un déséquilibre en faveur des jeunes et des femmes. En effet, d'après le Recensement Général de la Population et l'Habitat de 2002 (RGPH), près de la moitié des Sénégalais ont moins de 15 ans (42,8%), plus d'un Sénégalais sur deux (54,7%) a moins de 20 ans, et 3,5 % seulement ont 65 ans et plus. Le rapport de masculinité s'élève à 96,9 hommes pour 100 femmes.

Sur le plan administratif, le Sénégal est constitué en 2005 de :

- 11 régions
- 34 départements
- 110 arrondissements
- 67 communes
- 322 communautés rurales

Un redécoupage administratif donne, en 2008, la situation suivante :

- 14 régions
- 54 départements
- 123 arrondissements
- 113 communes
- 370 communautés rurales
- 46 communes d'arrondissement

2.2- Données socio-économiques

Le profil de croissance économique du Sénégal a été caractérisé par une stabilité du taux de croissance économique moyen qui est resté supérieur à 5% sur la période 2000-2005. Cependant, l'année 2002 a exceptionnellement enregistré une baisse de 0,7% contre 4,6% en 2001 du fait des intempéries naturelles.

Toutefois, le Sénégal reste un pays pauvre avec un PIB par tête estimé à 799 US$ en 2005. L'Enquête Suivi de la Pauvreté au Sénégal de 2005 (ESPS) révèle que 52% des ménages vivent au dessous du seuil de la pauvreté.

2.3- Données sanitaires

Le système de santé du Sénégal a une organisation de type pyramidal à trois (3) niveaux :

- *Au sommet*, le Niveau Central ou National joue un rôle politique et normatif. Il est composé du cabinet du ministre, du secrétariat général, des Directions et Services Centraux. Au *niveau opérationnel*, on trouve les Établissements Publics de Santé de niveau 3 (EPS3);
- *Au niveau intermédiaire*, la Région Médicale (RM) joue un rôle stratégique. Elle est dirigée par un médecin coordonnant les activités sanitaires de la région. Au *niveau opérationnel*, on trouve les Établissements Publics de Santé de niveau 2 (EPS 2) ;
- *À la base*, le district sanitaire constitue la zone opérationnelle. Il est composé d'au moins un Centre de Santé (CS ou Hôpital de District), de Postes de Santé (PS), de Maternités Rurales et de Cases de Santé.

En 2005 la carte sanitaire donne la situation suivante :

☛ ***Offre publique*** **:**	☛ ***Offre privée*** **:**
▪ **8** EPS3, ▪ **12** EPS2, ▪ **60** Centres de santé, ▪ **579** PS complets, ▪ **234** PS sans maternité, ▪ **16** Maternités.	▪ **1** Hôpital privé à but non lucratif, ▪ **34** Cliniques privées, ▪ **192** Cabinets de médecins généralistes, ▪ **210** Cabinets de spécialistes, ▪ **142** Cabinets dentaires, ▪ **585** Cabinets de soins infirmiers ▪ **83** Postes de santé catholiques.

En 2008, le système public de santé sénégalais est composé de :

- **14** Régions médicales,
- **9** EPS3
- **13** EPS2
- **65** Districts sanitaires,
- **75** Centres de Santé
- **1 015** Postes de Santé
- **1 384** Cases de Santé
- **6** Etablissements publics de santé non hospitaliers
- **129 Maternités isolées**

La politique de santé déclinée à travers le PNDS.I (1998-2007) met l'accent sur trois objectifs prioritaires qui sont : la réduction du taux de mortalité maternelle, la réduction des taux de mortalité infantile et infanto juvénile et la maîtrise de la fécondité.

La dernière Enquête Démographique et Santé (EDS IV) révèle que le taux de mortalité maternelle est passé de 510 à 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 1993 et 2005 et le taux de mortalité infanto juvénile de 138 à 121 pour mille entre 1997 et 2005.

Ces indicateurs se sont améliorés, mais les objectifs sectoriels n'ont pas été atteints malgré la mobilisation d'importantes ressources financières ces dix dernières années. Les indicateurs et leur évolution sont précisés en annexe (cf. : Annexe 1 Principaux indicateurs de Santé du Sénégal, page 76).

2.4- Données financières

Les données sur les dépenses publiques de santé sont disponibles à travers des revues et des rapports financiers comme la Revue des Dépenses Publiques du secteur de la santé du Sénégal de 1998 à 2002 qui a mis en évidence des problèmes d'allocation de ressources.

Entre 2000 et 2007, les ressources consacrées au secteur de la santé sont passées de 48,69 Milliards à 102,65 milliards de francs CFA (Source : MEF/DPS). Ainsi, l'évolution des masses budgétaires révèle que le ratio Budget Santé / Budget de Fonctionnement Non Décentralisé (BFND) de l'État a atteint 10% en 2005 (Source : DAGE).

La masse globale des flux mobilisés, notamment les fonds privés pour le secteur n'est pas connue avec précision. De même, la répartition par type de prestation, par prestataire et par source de financement que donnent les Comptes Nationaux de la Santé a rarement été décrite. À travers l'élaboration des premiers Comptes Nationaux de la Santé, les acteurs concernés disposent ainsi d'informations précises leur permettant d'affiner les prises de décision pour une meilleure maîtrise des flux financiers au sein du système de santé et un contrôle de sa performance.

Les premiers CNS interviennent à sept ans de l'horizon 2015, avec un système confronté à plusieurs défis liés à la contribution du secteur de la santé à l'atteinte des OMD, à travers l'amélioration de l'accès aux services de santé et la réduction des risques d'appauvrissement associés aux dépenses de santé.

3- Définition, enjeux et défis des Comptes nationaux de la Santé

3.1- Définition du concept

Les comptes nationaux de la santé constituent un instrument de mesure de la Dépense nationale de santé (DNS). Ils enregistrent, outre la part du secteur public, la part du secteur privé et la contribution des donateurs et permettent ainsi, à un moment donné, de décrire, de manière détaillée, l'origine des ressources, leur utilisation et les bénéficiaires. Ils quantifient et décrivent les différents flux entre les acteurs du système de santé et permettent également de bâtir des indicateurs pertinents afin de mesurer et surtout d'orienter les efforts consentis dans le financement.

3.2. Enjeux et défis

L'État, les partenaires au développement et les populations ont fourni des efforts importants de financement du système de santé qui, pour une utilisation rationnelle des ressources, a connu la mise en œuvre de différentes réformes du financement de la santé dont l'élaboration des Cadres Sectoriels de Dépenses à Moyen Terme (CDSMT), la décentralisation de la gestion budgétaire, la responsabilisation des acteurs locaux dans la planification et la gestion des ressources et la réforme hospitalière.

Pourtant, le Sénégal reste toujours confronté à un défi majeur, celui de disposer d'un système de santé performant qui fournit à la majorité de la population un accès facile à des services et soins de santé centrés sur les besoins prioritaires, de bonne qualité et satisfaisants.

Dans ces conditions, les CNS représentent un outil supplémentaire permettant d'affiner la connaissance du financement du système de santé et d'apporter des informations précises sur :

- Le niveau total des ressources et leur allocation ;
- La contribution des partenaires extérieurs et leur axe d'intervention ;
- La part des dépenses de santé des ménages dans le financement du système de santé ;
- Le niveau des systèmes d'assurance et leur part dans le financement de l'offre de soins ;
- La part de l'offre médicale privée ;
- L'orientation des dépenses des prestataires vers les soins curatifs ou préventifs.

Les indicateurs financiers calculés à partir des résultats des CNS aideront à une meilleure lisibilité et à une prise de décision améliorée en matière de politique de financement de la santé.

4. Délimitation du champ couvert par les Comptes nationaux de la Santé

À l'instar des autres pays en développement, les acteurs de la santé sont de plus en plus nombreux. Les déterminants de la santé étant variés, l'amélioration de l'état de santé des populations nécessite la réalisation d'activités qui dépassent largement le cadre du secteur de la santé. C'est le cas des activités relevant des programmes d'alimentation, d'hygiène, d'assainissement, de lutte contre la pollution, d'approvisionnement en eau potable, qui ont une influence directe sur la santé.

Pour distinguer « les activités de santé » de celles qui ne le sont pas, il est nécessaire de délimiter les frontières des CNS en adoptant une définition claire et internationalement reconnue des activités incluses comme « activité de santé ». La définition retenue est la suivante :

> **« *La dépense nationale de santé englobe toutes les dépenses liées aux activités dont le but essentiel est de restaurer, améliorer et entretenir la santé d'une nation et des individus sur une période définie* ».**

Cette définition s'applique indépendamment de l'institution qui fournit les soins ou qui finance l'activité. Les dépenses liées aux autres déterminants de santé, relevant d'autres secteurs comme l'environnement, l'assainissement, l'hygiène collective, l'alimentation … qui ont pourtant un impact important sur la santé, ne sont pas comptabilisées dans les dépenses de santé.

Les premiers CNS du Sénégal portent sur l'année 2005. Les dépenses sont enregistrées sur la base des droits constatés. C'est bien la consommation des services de santé qui intéresse les CNS, c'est-à-dire les soins facturés et non les soins effectivement payés.

Pour ce qui est de la délimitation spatiale, les CNS incluent les données des dépenses de santé réalisées au Sénégal (citoyens sénégalais et résidents étrangers).

5. Objectifs de l'étude

5.1- But

Améliorer la politique d'allocation des ressources mobilisées dans le secteur de la santé.

5.2- Objectif général

Mettre à la disposition des autorités un outil d'aide à la décision pour une meilleure allocation des ressources dans le secteur de la santé.

5.3- Objectifs spécifiques

- Identifier les différentes sources de financement (publiques / privées / reste du monde) impliquées dans le financement du secteur de la santé et évaluer leur apport et leur destination ;
- Identifier les agents de financement (acteurs ayant la charge de la gestion de ces fonds), quantifier leur contribution et leur répartition parmi les prestataires et les types de prestations ;
- Identifier les différents prestataires et estimer leur part dans la fourniture de soins ;
- Analyser la répartition des ressources financières entre les différentes prestations de soins;
- Formuler des recommandations pour une meilleure allocation des ressources.

◆ Deuxième partie : Résumé méthodologique

1- Cadre institutionnel

Les Comptes Nationaux de la Santé sont domiciliés à la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP), ce qui constitue un atout important dans l'optique de l'institutionnalisation de cet outil.

L'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé nécessite un engagement des acteurs concernés, une disponibilité et une bonne organisation des ressources humaines d'où la mise en place d'un comité de pilotage et d'un comité technique.

1.1- Le comité de pilotage

Les membres du comité de pilotage ont été désignés par note de service. Ce comité guide et accompagne le travail du comité technique afin de s'assurer que les informations produites répondront aux attentes des décideurs. Il est composé de responsables de services de l'administration publique, des représentants du secteur privé, de la société civile et des partenaires au développement (voir composition du comité de pilotage en Annexe 2).

Le Comité de pilotage est présidé par le ministre de la Santé de la Prévention médicale et le secrétariat est assuré par la CAFSP.

1.2. Le comité technique

Le comité technique, constitué d'une équipe d'experts, a été constitué par une note de service signée par le Ministre de la Santé de la Prévention médicale. Il a réalisé toutes les tâches techniques nécessaires à l'élaboration des CNS qui sont décrites plus bas.

C'est une équipe pluridisciplinaire composée essentiellement d'agents des ministères chargés de la Santé de la Prévention médicale, du Plan et du Développement durable et de l'Économie et des Finances ayant une bonne connaissance du système de santé sénégalais et de la politique sanitaire nationale (voir composition en Annexe 3). Ses compétences avérées en santé publique, en informatique, en économie de la santé, en finance et en statistique lui ont permis de traiter et d'analyser les données financières et socio-économiques au regard des attentes du comité de pilotage.

1.3. Modalités de fonctionnement du comité technique

Le comité se réunit périodiquement pour exécuter les décisions prises par le Comité de Pilotage. Dans ce cadre il a réalisé les tâches suivantes :

i. élaboration du protocole ;

ii. information auprès des secteurs publics et privé et des partenaires ;

iii. sensibilisation des autorités administratives régionales (gouverneurs) et des responsables des structures chargées de superviser la collecte des données au niveau local ;

iv. classification des dépenses de santé et identification des sources d'informations ;

v. confection des outils de collecte ;

vi. élaboration des guides et manuels (enquêteurs, contrôleurs) ;

vii. formation des enquêteurs et enquête pilote ;

viii. organisation et suivi de la collecte des données ;

ix. codage des questionnaires ;

x. confection des masques de saisie ;

xi. saisie des données ;

xii. élaboration des premiers tableaux intermédiaires pour chaque base de données ;

xiii. extrapolation des données issues des enquêtes par sondage ;

xiv. analyse des données ;

xv. validation des tableaux par le comité de pilotage ;

xvi. analyse des données et rédaction du rapport.

Des séminaires de partage et de dissémination des résultats seront organisés au terme de la validation du rapport par le comité de pilotage.

2- Choix méthodologiques majeurs

2.1. Choix de l'année de référence

Le processus d'élaboration des CNS a démarré en novembre 2006. A cette date, les données financières de l'année 2005, disponibles et plus récentes, ont poussé le comité technique à choisir cette année pour la réalisation du premier exercice des CNS.

2.2. Présentation des tableaux

Dans le cadre de cet exercice, le comité technique a retenu de construire les 4 tableaux principaux des CNS :

1*. Le tableau* ***Sources /Agents*** décrit les flux financiers depuis leurs origines (les sources de financement), vers les entités qui les gèrent, (les agents de financement).

2*. Le tableau* ***Agents / Prestataires*** présente les flux de financement vers les différents types de prestataires de santé provenant de divers agents de financement.

3*. Le tableau* ***Agents / Fonctions*** présente la dépense de santé par type d'agents de financement et par type de biens et services (fonctions) offerts dans le système de santé.

4*. Le tableau* ***Prestataires / Fonctions*** retrace les types de services (fonctions) fournis par les prestataires en échange des fonds reçus.

L'élaboration de ces tableaux a nécessité des investigations (enquêtes quantitatives) auprès des entités ainsi répertoriées que sont les sources de financement, les agents de financement et les prestataires de soins de santé.

2.3. Données secondaires

Les données secondaires ont été privilégiées cependant les dépenses de certains acteurs peu ou mal connues ont fait l'objet d'enquêtes exhaustives. Les données secondaires ont été collectées à partir de l'exploitation de documents produits par le système d'information national : 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, rapports d'études relatives au financement de la santé, rapports de comptabilité nationale, Enquêtes ménages réalisées par l'ANSD. Par ailleurs, des enquêtes analytiques sur un échantillon d'unités statistiques ont été réalisées et ont concerné, entre autres, les centres et postes de santé et les IPM.

2.4. Données primaires

En revanche, pour mieux connaître les populations des différentes unités statistiques devant faire l'objet d'enquête, des données primaires ont été collectées à travers des enquêtes exhaustives auprès des partenaires extérieurs, des assurances sociales privées

(Mutuelles, IPM), des ONG, des hôpitaux publics et privés, des collectivités locales (régions et communes).

2.5. Dépenses des ménages

Les dépenses des ménages sont appréhendées à travers les recettes des prestataires de soins, y compris les tradipraticiens. En lieu et place d'une enquête ménages, longue et coûteuse, l'équipe technique a opté pour l'utilisation des données collectées auprès des prestataires publics et privés. Ces données ont été croisées avec les résultats de l'Enquête Sénégalaise auprès des Ménages (ESAM II[1]) et de l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS)[2].

3- Réalisation des enquêtes

Selon la nature de la cible, les enquêtes ont été réalisées soit par le comité technique des CNS, soit par une équipe externe d'enquêteurs recrutés par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, soit par la cible elle même (cas des hôpitaux, IPM, etc.)

3.1. Élaboration des questionnaires

Les questionnaires utilisés dans le cadre des enquêtes ont été élaborés par le comité technique puis développés sur la base des quatre (4) tableaux principaux des CNS. A cet effet, dix huit (18) questionnaires ont été élaborés :

1. Questionnaire Ministères (Administration publique centrale)
2. Questionnaire Collectivités locales
3. Questionnaire Assurances Commerciales
4. Questionnaire IPM
5. Questionnaire IPM approfondi
6. Questionnaire Caisse de Sécurité Sociale, IPRES et FGA
7. Questionnaire Entreprises
8. Questionnaire Bailleurs de fonds
9. Questionnaire ONG et Agences d'exécution
10. Questionnaire Cliniques privées
11. Questionnaire Hôpitaux publics
12. Questionnaire Prestataires privés (cabinets privés)
13. Questionnaire Tradipraticiens
14. Questionnaire Instituts de formation et de recherche
15. Questionnaire Mutuelles de santé
16. Questionnaire Postes de santé catholiques
17. Questionnaire Centres de santé
18. Questionnaire Postes de santé

[1] *ESAM II, Direction de la Prévision et de la Statistique, Dakar, 2001-2002*
[2] *Enquête Suivi de la Pauvreté, ANSD, Dakar, 2005*

3.2. Enquêtes réalisées par le comité technique

Les enquêtes auprès des ministères, de la Primature, des cliniques privées, des postes et centres de santé, du Fonds de Garantie Automobile (FGA), des entreprises publiques et parapubliques, des assurances commerciales, de la Caisse de Sécurité Sociale et de l'IPRES ont été réalisées par le comité technique.

3.3. Enquêtes déléguées aux unités statistiques

Certaines enquêtes exhaustives ou qui nécessitaient une connaissance approfondie du fonctionnement des structures enquêtées ont été déléguées. Il s'agit des mutuelles de santé, des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) et des hôpitaux pour l'enquête approfondie :

- *Les mutuelles de santé* ont toutes été enquêtées par le Groupe de Recherche et d'Appui aux Institutions Mutualistes (GRAIM).
- *Trente (30) Institutions de Prévoyance Maladie (IPM)* ont été enquêtées de façon approfondie par leurs gérants afin de préciser l'utilisation de leurs dépenses de santé et notamment de distinguer les dépenses hospitalières des dépenses de soins ambulatoires.
- *Les hôpitaux* ont été enquêtés par leurs personnels de gestion afin de faciliter l'accès à une information précise.

3.4. Enquêtes réalisées par l'équipe d'enquêteurs de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)

Toutes les autres unités statistiques : collectivités locales, ONG, instituts de recherche, bailleurs de fonds, prestataires ambulatoires privés, tradipraticiens, entreprises privées et les autres IPM qui n'ont pas fait l'objet d'une enquête approfondie, ont été enquêtées par des enquêteurs recrutés par l'ANSD. L'enquête a été supervisée par des cadres de l'ANSD et les membres du Comité Technique.

Au mois de septembre 2007, les enquêteurs ont été formés par l'ensemble des membres du Comité Technique. Un manuel a été élaboré et remis à chaque enquêteur.

3.5. Difficultés rencontrées lors de l'enquête

Certaines unités statistiques ont été difficiles à enquêter. Il s'agit notamment du secteur privé (cliniques privées) dont certaines ont fait de la rétention de l'information ou refusé de répondre.

Le dénombrement et la localisation de certaines ONG ont été difficiles et un fastidieux travail de recherche a été fait même si le secteur n'est toujours pas connu avec exactitude. Il en a été de même pour localiser et dénombrer les IPM actives en 2005, compte tenu du manque d'informations disponibles sur ce secteur. Actuellement, une base de données fiable est disponible.

En ce qui concerne les hôpitaux publics, la défaillance du système d'information existant, n'a pas facilité l'obtention de toutes les informations relatives aux CNS. Cependant, certains hôpitaux ont pu reconstituer leurs données.

Des difficultés ont été également rencontrées avec les ministères.

Tableau 1 : Unités statistiques enquêtées, outils de collecte des données et modes d'administration des questionnaires

N°	Cibles	Nombre d'unités statistiques	Taux de sondage	Taille de l'échan-tillon	Taux de réponse	Mode d'administration des questionnaires	Responsable de l'enquête
01	Ministère de la santé	1	100%	1	100%	Externe	Comité technique
02	Tous les Ministères	30	100%	30	23%	Externe	Comité technique
03	Régions	11	100%	11	73%	Externe	équipe enquêteurs ANSD
04	Communes	67	100%	67	91%	Externe	équipe enquêteurs ANSD
05	Communautés rurales	320	10%	94	89%	Externe	équipe enquêteurs ANSD
06	Caisse de sécurité Sociale	1	100%	1	100%	Externe	comité technique
07	IPRES	1	100%	1	100%	Externe	comité technique
08	IPM	92	100%	91	99%	Externe	équipe enquêteurs ANSD
09	IPM Approfondi	91	33%	30	67%	auto-administré	Association des gérants d'IPM
10	Mutuelles de santé	115	100%	115	98%	Externe	GRAIM
11	Sociétés d'assurance privées	12	100%	12	67%	Externe	Comité technique
12	FGA	1	100%	1	100%	Externe	Comité technique
14	Entreprises	50	100%	50	100%	Externe	CAFSP
15	Hôpitaux publics	18	100%	18	95%	auto-administré	Comité technique / CG
16	Hôpital privé à but non lucratif	1	100%	1	100%	auto-administré	Comité technique / CG
20	Cliniques privées	34	100%	34	68%	Externe	Comité technique
21	Médecins généralistes	192	30%	59	100%	Externe	équipe enquêteurs ANSD
22	Médecins spécialistes	210	40%	84	86%	Externe	équipe enquêteurs ANSD
23	Cabinets de soins	585	17%	80	80%	Externe	équipe enquêteurs ANSD
24	Dentistes	142	50%	71	100%	Externe	équipe enquêteurs ANSD
26	Tradipraticiens	644	30%	195	100%	Externe	équipe enquêteurs ANSD
27	Bailleurs de fonds	30	100%	30	70%	Externe	équipe enquêteurs / Comité Technique
28	ONG	80	100%	80	57%	Externe	équipe enquêteurs / Comité Technique
29	Instituts de recherche	24	100%	26	33%	Externe	équipe enquêteurs ANSD

3.6- Codification, saisie et traitement des données

Les données obtenues ont été saisies sur **Épi-Info** et transférées sur **Excel** avant d'être codifiées et traitées.

L'équipe technique a donc disposé de 18 bases de données qui ont été nettoyées et traitées. Des estimations, et des extrapolations[3] ont été réalisées à chaque fois que cela s'avérait nécessaire. L'univers total ainsi reconstitué, les responsables de base ont codifié les données en utilisant la nomenclature des CNS : codes *Sources de financement* (FS.) code *Agents de financement* (HF), code *Prestataires* (HP) et code *Fonctions* (HC).

Dans un premier temps, des tableaux croisés dynamiques ont permis d'obtenir la ventilation des dépenses par type d'entités et ont constitué ainsi les tableaux intermédiaires permettant de remplir les tableaux des CNS.

3.7- L'élaboration des tableaux

La méthodologie adoptée a été de remplir dans un premier temps le Tableau *Sources de Financement / Agents de Financement* en faisant une triangulation des données issues des bases de données. Ce tableau Source a été ramené au niveau des dépenses réalisées en 2005. Dans un deuxième temps, un Tableau qui croise en même temps les Agents, les Prestataires et les Fonctions (Tableau Combiné) a été confectionné à partir des informations du tableau *Sources/Agents*.

Ainsi, ce tableau combiné a été utilisé pour le remplissage des tableaux *Agents/Prestataires*, *Agents/Fonctions* et *Prestataires/Fonctions*. Enfin, une dernière triangulation a été faite entre les données issues des Agents et les données issues des Prestataires. Il s'agissait de vérifier la conformité des données fournies par les différentes parties.

[3] *Pour plus de détails, voir en annexe Méthodologie d'extrapolation*

◆ TROISIEME PARTIE : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Les résultats des CNS se présentent sous la forme de quatre tableaux principaux qui retracent les flux financiers entre les sources et les agents de financement, les agents et les prestataires, les agents et les fonctions et enfin les prestataires et les fonctions. Ces tableaux sont ici résumés et des extraits sont analysés, tandis que les tableaux complets et quelques indicateurs financiers sont présentés en annexe (Annexe 4 et 5)

La Dépense Nationale de Santé (DNS) qui prend en compte l'ensemble des dépenses effectuées au profit des résidents sénégalais est de 254 196 425 119 FCFA alors que la Dépense Totale de Santé (DTS) qui exclut les dépenses relatives à la formation, à la recherche, au contrôle sanitaire et aux dépenses de santé non spécifiées par catégorie s'élève à 247 491 083 850 FCFA. Pour le calcul des indicateurs, c'est la dépense nationale de santé qui a souvent été utilisée par le comité technique des CNS dans ce rapport.

1- Structure de financement du système de santé

1.1- Définitions

Le tableau Sources/Agents donne la structure de financement du système de santé. Il décrit les flux financiers depuis leurs origines (les sources de financement) vers les entités qui les gèrent (les agents de financement).

Les **Sources de financement** sont les entités qui fournissent les ressources au système de santé par l'intermédiaire d'autres agents. Ces ressources sont divisées en trois grandes catégories que sont les fonds publics, les fonds privés et les fonds provenant des partenaires extérieurs (fonds du Reste du monde) et sont ainsi réparties :

a. les fonds publics (**FS1**) sont composés des fonds de l'administration centrale, des collectivités locales, des emprunts[4] et d'autres fonds publics (revenus d'actifs,…) ;

b. les fonds privés (**FS2**) sont constitués des fonds des entreprises, des ménages, des institutions à but non lucratif et d'autres fonds privés (revenus d'actifs,…) ;

c. les fonds du Reste du Monde (**RDM**) (**FS3**) sont fournis par la coopération multilatérale, bilatérale et décentralisée, les ONG, les fondations, les firmes internationales, les Initiatives globales[5] et les fonds des ressortissants Sénégalais de l'Extérieur.

Les Agents de financement sont les entités qui gèrent les fonds provenant des sources de financement et qui décident de leur utilisation dans le système de santé[6]. Ce sont :

a. les *agents du Secteur public* (**HF1**) qui englobent l'Administration centrale (Primature, le Ministère de la santé, les autres Ministères), les collectivités locales (Régions,

[4] La part des emprunts faits par le Gouvernement du Sénégal et utilisés en 2005 dans le domaine de la santé est comptabilisée dans les Fonds Publics.
[5] Les Initiatives globales sont le Fonds Mondial, GAVI, UNITAID,….
[6] Certaines entités peuvent être à la fois Sources et Agents de financement

Communes, Communautés rurales), l'Administration de sécurité sociale (Caisse de Sécurité Sociale (CSS), IPRES, le régime des fonctionnaires, les entreprises) ;

b. les *agents du Secteur privé* (**HF2**) constitués des assurances sociales : Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), mutuelles de santé, autres (Fonds de Garantie Automobile…) ; sociétés d'assurances privées ; versements directs des ménages ; Institutions Nationales à but non lucratif et des entreprises privées ;

c. les *agents du Reste du monde* (**HF3**) qui comprennent les coopérations multilatérale, bilatérale et décentralisée, les ONG, les fondations et les initiatives internationales.

- Exemples de sources et d'agents de financement

Lorsque l'État finance une collectivité locale à travers la mise en place des fonds de dotation décentralisé (**FDD**), le Ministère de l'Économie et des Finances est la source et la collectivité locale est l'agent.

Lorsqu'une communauté rurale, à partir de ces fonds propres, subventionne une mutuelle de santé alors la communauté rurale est source et la mutuelle de santé est agent.

Dans le cadre de la coopération décentralisée, lorsqu'une commune reçoit des fonds d'une collectivité territoriale extérieure, cette dernière est source et la commune est agent.

1.2- Le tableau Sources / Agents simplifié

Tableau 2 : Tableau résumant les flux financiers entre les Sources de Financement et les Agents de Financement (**FS x HF**)

en millions de Fcfa

Sources / Agents	Total Fonds publics	Total Fonds privés	Total Reste du Monde	TOTAL GENERAL
HF1 Secteur public	**90 412**	**2 087**	**41 787**	**134 285**
Ministère de la santé	71 133		33 925	**105 058**
Autres ministères	6 776		4 740	**11 516**
Régions	998		4	**1 001**
Communes	4 698	4	373	**5 076**
Communautés rurales	1 037	336	2 246	**3 619**
Caisse de sécurité sociale		347		**347**
IPRES (maladie)	55			**55**
Régime des fonctionnaires	4 796			**4 796**
Entreprises publiques et parapubliques	919	1 399	498	**2 816**
HF 2 Secteur privé	**593**	**107 333**	**2 109**	**110 034**
Institutions de Prévoyance Maladie		8 414		**8 414**
Mutuelles de santé	1	1 326	1	**1 328**
Autres	20	577		**597**
Sociétés d'assurances privées		10 998		**10 998**
Versements directs des ménages		84 365		**84 365**

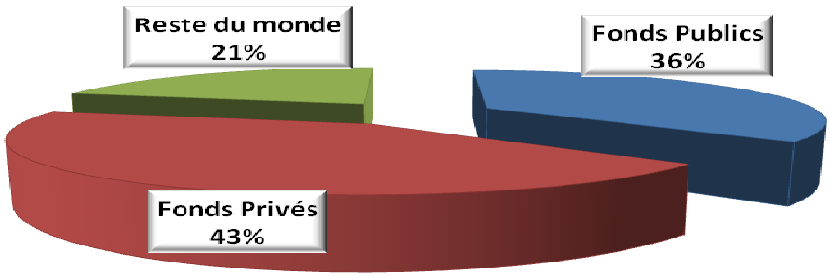
Sources / Agents	Total Fonds publics	Total Fonds privés	Total Reste du Monde	TOTAL GENERAL
Institutions Nationales à but non lucratif	572	655	2 056	**3 283**
Entreprises privées		1 006	52	**1 058**
HF.3. Reste du Monde	**350**		**9 528**	**9 877**
Coopération bilatérale			6722	**6722**
Coopération multilatérale				
Coopération décentralisée			102	**102**
ONG, fondations, firmes internationales et initiatives internationales	350		2 703	**3 053**
Dépense Nationale de Santé	**91 354**	**109 419**	**53 423**	**254 196**

En 2005, la Dépense Nationale de Santé est de 254,2 milliards de Fcfa soit 455,5 millions de dollars. La Dépense Nationale de Santé par habitant est de 23 450 Fcfa (40 US $).

1.3- Analyse des sources de financement

Les sources de financement sont de trois grands types : les fonds publics, les fonds privés et les fonds du Reste du Monde. Elles contribuent au financement du système de santé selon les proportions suivantes :

Graphique 1 *:* Structure des sources de financement du système de santé



- Les fonds publics s'élèvent à 91,4 milliards de Fcfa et sont constitués à hauteur de 96% par les fonds provenant de l'administration centrale et 3% des collectivités locales.
- Les fonds privés s'élèvent à 109,4 milliards de Fcfa répartis ainsi : 87% fonds des ménages, 9% fonds des employeurs, 3% autres fonds privés et 1% fonds des ONG.
- Les fonds du Reste du Monde sont de 53,4 milliards de Fcfa dont 59% proviennent de la coopération bilatérale, 14% de la coopération multilatérale, 0,7% de la coopération décentralisée, 26% des ONG, des initiatives internationales et globales et 0,3% des sénégalais de l'extérieur.

La première source de financement du secteur de la santé au Sénégal en 2005 est constituée par les fonds privés. Ces fonds proviennent principalement des apports des ménages, ce qui, dans un contexte de pauvreté, constitue un lourd fardeau pour ces derniers. Cette situation s'explique en partie par la faiblesse des systèmes assuranciels et le coût élevé des prestations sanitaires en général.

Les résultats des CNS de 2005 montrent une réalité contraire à celle qui faisait de l'Etat le premier pourvoyeur de fonds du secteur de la santé. De même, ils mettent en exergue la faible contribution des collectivités locales dans les dépenses de santé, malgré un contexte institutionnel qui leur transfert certaines compétences dans le secteur.

Il faut noter aussi que la déclaration d'ABUJA relative à l'augmentation du budget alloué au secteur de la santé se justifie du fait que la dépense de santé hors ressources publiques reste très élevée, près des deux tiers (64%).

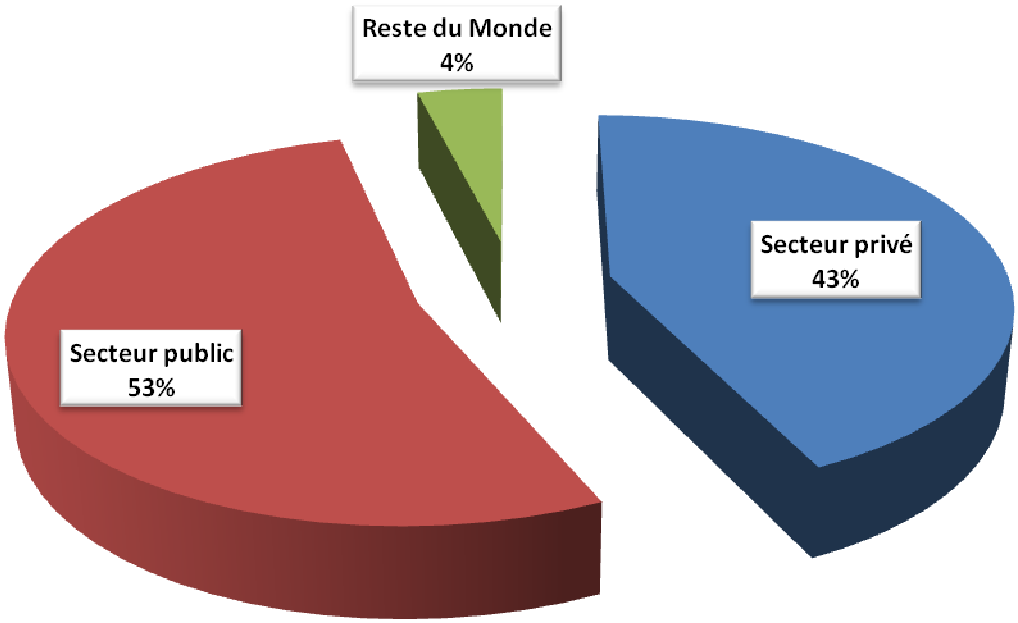
Le Reste du Monde est une source de financement non négligeable. Il constitue la troisième source après les ménages et l'administration centrale.

Près du quart du financement de la santé dépend donc de l'extérieur. Ce qui montre le caractère extraverti du financement de la santé. Cependant, les agents du RDM gèrent 4% de ses fonds. Cette situation traduit une réponse favorable à la déclaration de Paris par rapport à l'alignement.

1.4- Analyse des agents de financement

Les agents de financement sont classés en trois grandes catégories (le secteur public, le secteur privé et le Reste du Monde).

Graphique 2 : Répartition de la DNS selon les agents de financement



1.4.1. Analyse des dépenses du secteur public

Le secteur public gère 134,3 milliards de Fcfa soit 53% de la dépense nationale de Santé dont 78,2% est géré par le Ministère de la Santé et de la Prévention, 8,6% par les autres ministères, 7,2% par les collectivités locales, 3,6% par le régime des fonctionnaires, 2,1% par les entreprises parapubliques et 0,3% par la CSS et l'IPRES.

1.4.1.1. Les dépenses du Ministère de la Santé

Le MSP a reçu et dépensé 105,1 milliards Fcfa, financés principalement par le budget de l'État du Sénégal (68%) et les fonds de la Coopération internationale (32%). En effet, le Reste du Monde ne gère que 4% de la DNS, les 17% restant sont gérés par le MSP.

Tableau 3 : Sources de financement du Ministère de la Santé et de la Prévention

Sources de financement	Montants *en milliards de Fcfa*	Part en %
Budget de l'État	71,1	68%
Coopération bilatérale	22,4	21%
Coopération multilatérale	2,9	3%
ISBL internationales dont initiatives globales	8,6	8%
Total	**105, 0**	**100%**

1.4.1.2. Dépenses de la Primature et des autres ministères

Plusieurs départements ministériels interviennent dans le domaine sanitaire. Il s'agit, entre autres :

- de la *Primature* qui assure la tutelle du Conseil National de Lutte conte le Sida (CNLS) et du Programme de Renforcement Nutritionnel (PRN);
- du *Ministère des Forces Armées* qui mène des actions sanitaires avec les Services de santé des armées et de la gendarmerie ;
- du *Ministère de l'Éducation* qui fournit des services de santé en milieu scolaire ;
- du *Ministère de l'Intérieur* qui dispose de deux services de santé : le Service de santé du Groupement Nationale des Sapeurs Pompiers et le Service de santé de la Police ;
- du *Ministère de la Jeunesse* qui a mis en œuvre certains programmes de santé, notamment en matière de Santé de la Reproduction (SR) et de lutte contre le VIH/Sida pour les adolescents ;
- du *Ministère de la Famille, du Développement Social et de la Solidarité Nationale* qui a mené principalement des activités de lutte contre le VIH/SIDA ;
- du *Ministère de la Justice* qui dispose de services de santé au niveau des établissements pénitentiaires.

Tableau 4 : Dépense de santé de la Primature des autres ministères par source de financement

en millions de francs CFA

Autres ministères	État	Coopération Internationale	ONG	Total
Primature	523,098	3 767,190	-	**4 290,280**
Ministère des Forces Armées	3 551,950	285,692	17,470	**3 855,110**
Ministère de la famille	1 618,200	58,935	-	**1 677,140**
Ministère de la Jeunesse	50,000	534,438	14,366	**598,805**
Ministère de l'intérieur et des collectivités	303,943		-	**303,943**
Ministère de l'Éducation	185,235	62,359	-	**247,593**
Autres ministères	543,574		-	**543,574**
Total	**6 775,996**	**4 708,609**	**31,836**	**11 516,442**

Les dépenses de santé de la primature et des ministères autres que la santé ne représentent que 4,5% de la DNS et près de 10% des dépenses totales de l'Administration Centrale dont plus des deux tiers sont exécutés par la Primature (Programmes) et le Ministère des Forces Armées.

1.4.1.3. Dépenses des administrations de sécurité sociale

Les administrations de sécurité sociale, notamment la Caisse de Sécurité Sociale (CSS) et l'Institut de Prévoyance Retraite (IPRES) assurent leurs dépenses en santé sur des ressources tirées, d'une part des cotisations patronales (86%) et, d'autre part, des revenus de leurs actifs (14%). En ce qui concerne la CSS, ses ressources sont utilisées pour la prise en charge des maladies professionnelles, des activités sur la pédiatrie (PMI) et des accidents du travail et concernant l'IPRES les dépenses maladies des retraités du secteur privé et des agents de l'État non fonctionnaires.

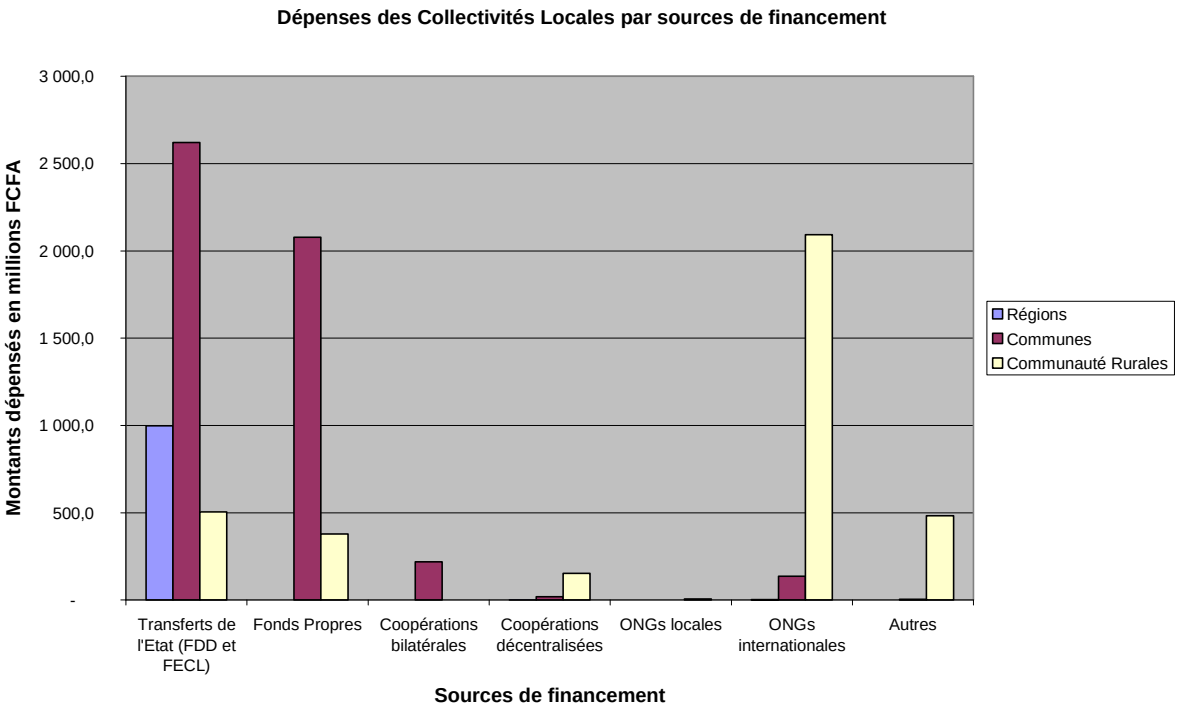
1.4.1.4. Dépenses des collectivités locales

La santé est l'un des neufs domaines où certaines compétences ont été transférées aux Collectivités Locales (CL) à travers l'adoption de la loi 96-07 du 22 Mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et son décret d'application n°96-1135 relatif à la santé qui délèguent des comp étences plus accrues aux élus locaux dans le cadre de la décentralisation. Dans le domaine de la santé, les CL interviennent essentiellement dans l'équipement, l'entretien et la gestion des structures sanitaires. À cet égard, l'État alloue des ressources aux CL à travers les Fonds de Dotation de la Décentralisation (FDD) et les Fonds d'Équipement des Collectivités locales (FECL). En plus des transferts de l'État, les CL (Communes et Communautés rurales) qui disposent d'une fiscalité, utilisent leurs fonds propres pour financer des activités de santé. Par ailleurs, elles peuvent bénéficier, des fonds de la coopération internationale et des institutions à but non lucratif.

Globalement, les CL ont reçu et dépensé environ 9,7 milliards Fcfa en 2005. Elles sont financées, en grande partie sur les FDD et les FECL (43%) contre 25% sur fonds propres et 23% sur ressources des Institutions à But non Lucratif (ISBL) internationales[7], largement supérieures à la participation de la Coopération internationale (4%).

[7] *Les initiatives internationales type Fonds Mondial ou Gavi sont compris dans ces ISBL.*

Graphique 3 **: Dépenses des collectivités locales**



Du total des fonds reçus par les CL, 52% sont utilisés par les Communes contre 37% par les communautés rurales et 11% par les Régions.

Les dépenses des Communes sont financées à 52% sur transferts de l'État (FDD et FECL) et 41% sur fonds propres. Ces résultats montrent la forte dépendance des communes vis-à-vis de l'Etat malgré les opportunités qu'offre la politique de décentralisation.

Par contre, les communautés rurales tirent l'essentiel de leur financement de la coopération avec les partenaires à travers les ONG, soit 52%.

1.4.2. Analyse des dépenses du secteur privé

Le secteur privé gère 43% de la DNS dont 77% sont gérés par les ménages, 10% par les sociétés d'assurance, 9% par les assurances sociales (IPM, Fonds de Garantie Automobile (FGA), mutuelles de santé), 3% par les ONG nationales et 1% par les entreprises privées.

1.4.2.1. Dépenses des ménages

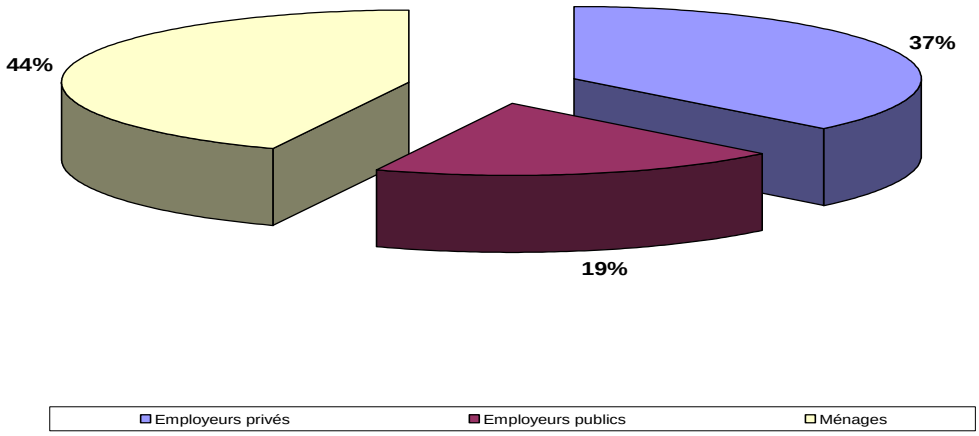
Les ménages contribuent au financement du système de santé à hauteur 95,5 milliards de Fcfa dont 11% sont constitués de cotisations à des systèmes d'assurances et 89% de versements directs. Le versement direct moyen des ménages par habitant est de 7 778 Fcfa par an, ce qui représente 3,12% des dépenses annuelles des ménages[8]. Cette part importante des versements des ménages pose un problème d'équité dans le financement des dépenses de soins surtout dans un contexte de pauvreté.

[8] *Source: Esam II.*

1.4.2.2. Dépenses des Assurances

Les montants gérés par le secteur des assurances s'élèvent à 21,040 milliards de Fcfa et ne représentent que 12% de la Consommation Médicale tandis que les versements directs des ménages y contribuent à hauteur de 50%. La Consommation Médicale (CM) regroupe les soins curatifs et préventifs, les médicaments, l'imagerie et les analyses mais exclut les dépenses d'administration. Il constitue un agrégat pertinent pour analyser les dépenses des ménages ou des assureurs. En effet, les ménages et les employeurs sont les principaux contributeurs de ces régimes comme l'indique le graphique ci-dessous.

Graphique 4 : Modalités du financement du secteur des « Assurances »



La structure du marché de l'assurance maladie hors institutions de sécurité sociale (CSS, IPRES) et hors dommages corporels des assureurs privés se présente selon le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Structure du marché de l'assurance maladie hors ISS et hors dommages corporels des assureurs privés

Type de régime	Montant dépensé en millions de Fcfa	Part de marché / dépenses	Part du nombre des assurés
IPM	8 414	41%	24%
Compagnies privées	5 369	26%	8%
Régime des fonctionnaires	4 796	24%	40%
Mutuelles de santé	1 325	6%	27%
Paiement direct des entreprises	539	3%	1%
Total	20 443	100%	100%

On constate que les mutuelles de santé qui proposent des garanties très partielles et parfois complémentaires dépensent peu (6%) relativement au nombre important de personnes assurées (27%) alors que les sociétés commerciales privées qui proposent des garanties très étendues à très peu d'assurés (8%) représentent 26% de la part du marché de l'assurance maladie.

La faible part des mutuelles dans les dépenses des assureurs est due en grande partie à la faible adhésion des ménages (cas des mutuelles communautaires).

1.5. Comparaisons internationales des données macro-économiques

Tableau 6 : Indicateurs socio-économiques

Pays	DNS/tête (en dollars)	% PIB	Espérance de vie	TMI
Sénégal	42$	5,55%	57	61‰
Ghana	30$	6,20%	58	51‰
Nigeria	27$	3,90%	47	99‰
Mali	26,5$	5,57%	54	96‰
Burkina-Faso	23,5$	6%	52	81‰

Sources : *CNS Sénégal, Mali et Burkina-Faso. OMS pour le Nigeria et le Ghana*

Généralement, les pays qui ont des dépenses nationales par tête plus élevées ont les meilleurs scores en termes d'espérance de vie et de taux de mortalité infantile. C'est le cas du Ghana et du Sénégal. Toutefois, une comparaison entre ces deux pays montre que le Ghana qui a une DNS/tête moins importante que le Sénégal a de meilleurs résultats. Cette remarque pourrait s'expliquer par une utilisation plus efficiente des ressources destinées à la santé au Ghana.

Tableau 7 : Structure du financement des systèmes de santé

Pays	Fonds Publics	Fonds Privés	Reste du Monde
Sénégal	36%	43%	21%
Mali*	31%	55%	14%
Burkina-Faso	49%	46%	5%

** Les chiffres sont calculés avec la DTS pour le Mali.*

La part des fonds provenant de la coopération est bien plus importante au Sénégal que dans les autres pays. Ceci pourrait s'expliquer par un environnement politique favorable à une bonne coopération avec les partenaires.

La performance du secteur privé au Mali est liée à la contribution des Centres de santé Communautaires (CSCOM[9]) qui sont comptabilisés dans le secteur privé même s'il s'agit du secteur privé non lucratif.

Ces tableaux et graphiques montrent que les secteurs sont très cloisonnés ; chaque secteur gère ses propres fonds. Le partenariat public / privé est encore timide. Ces informations révèlent également que l'efficacité et l'efficience de la dépense publique de santé dépendent en grande partie du ministère en charge de la santé qui gère l'essentiel des ressources publiques et des fonds provenant de l'extérieur.

[9] *Les CSCOM correspondent, en terme de plateau technique, aux postes de santé du Sénégal même si certains sont médicalisés.*

2- Les transactions entre les agents de financement et les prestataires de services de santé

Le tableau **Agents / Prestataires** présente les flux de financement vers les différents types de prestataires de santé provenant de divers agents de financement. Il répond à la question « Qui a affecté des fonds à quels prestataires ?» dans le système de santé.

2.1- Définitions

Les prestataires sont des entités qui réalisent un ensemble d'activités comprises dans le champ délimité des CNS. Les prestataires sont classés en huit grandes catégories :

- Les *prestataires de soins hospitaliers* (**HP.1**) : ces prestataires comprennent tous les établissements qui offrent des services d'hospitalisation. Il s'agit des hôpitaux, des centres de santé et des cliniques privées.
- Les *maisons médicalisées* (**HP.2**) n'existent pas dans le système de santé sénégalais et n'apparaissent donc pas dans les tableaux présentés.
- Les *prestataires de soins ambulatoires* (**HP.3**) : ils regroupent tous les établissements de soins qui n'hospitalisent pas. Il s'agit, entre autres, des cabinets privés, des infirmeries militaires, des services médicaux des entreprises, des centres médico-scolaires, des postes de santé publics et confessionnels, des tradipraticiens, des centres qui offrent des services auxiliaires tels que les laboratoires d'analyse médicale et de diagnostic et le centre de transfusion sanguine.
- Les *distributeurs et les détaillants de biens et services médicaux* (**HP.4**) : ces prestataires comprennent les officines de pharmacie privées, les détaillants et autres distributeurs de verres et d'appareils auditifs, ainsi que la vente illicite de médicaments.
- *Fourniture et administration de programme de santé publique* (**HP.5**) **:** les institutions dont l'activité principale est la promotion et la prévention de la maladie.
- *Administration générale de la santé et de l'assurance maladie* (**HP.6**) **:** les services centraux et déconcentrés du Ministère de la Santé et des services d'administration des assurances sociales et privées.
- *Autres prestataires des services de santé* (**HP.7**) : les institutions à but non lucratif
- Les *institutions fournissant des services sanitaires connexes* (**HP.8**) : les institutions de recherche, d'enseignement et de formation.
- *Prestataires non spécifiés par catégorie* (**HP.nsk**) : tous les prestataires qui n'ont pu être classés dans les autres catégories ou prestataires non précisés.

2.2- Le tableau Agents / Prestataires simplifié

Tableau 8 : Tableau Agents / prestataires simplifié

(en millions de Fcfa)

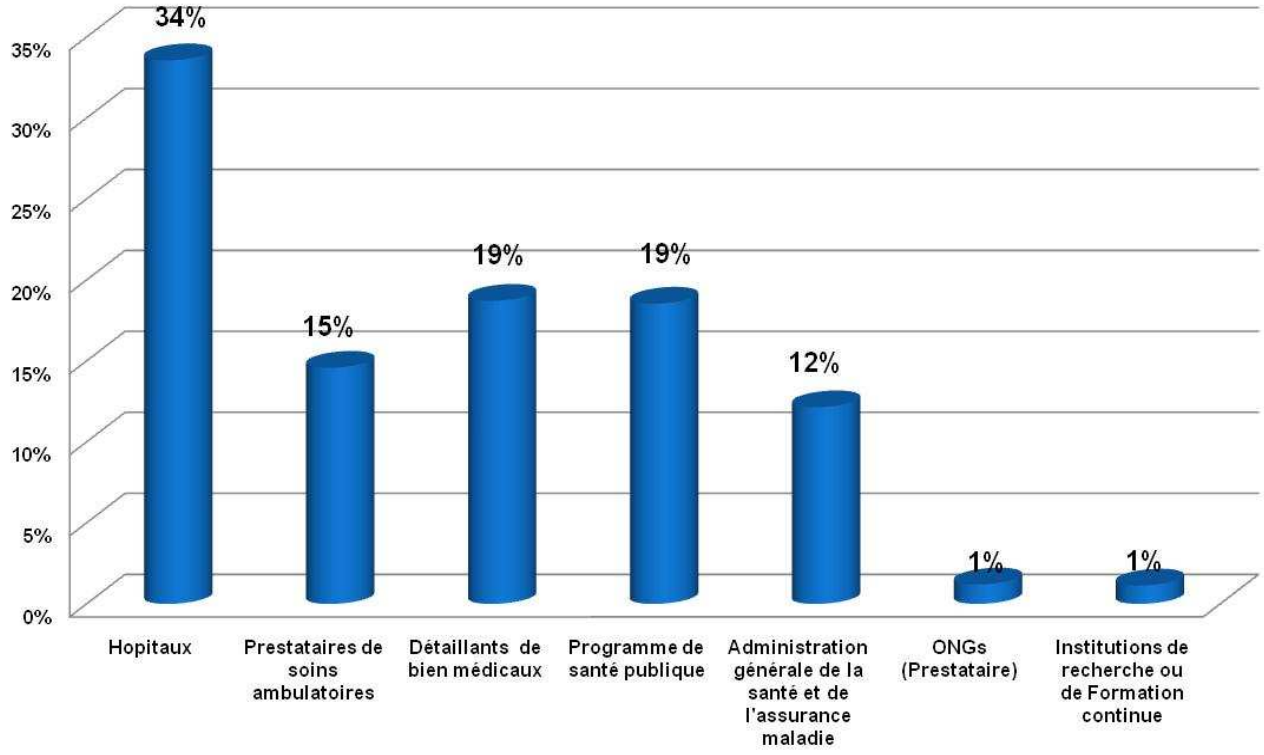
Agents / *Prestataires*	Secteur Public			Secteur Privé		Reste du Monde	TOTAL GENERAL
	Administration centrale	Collectivités locales	Autres Fonds publics*	Assurances Privées	Versements directs des ménages		
Hôpitaux	**42 919**	**4 927**	**4 926**	**7 157**	**23 139**	**2 256**	**85 324**
Hôpitaux nationaux, régionaux et autres publics	25 082	917	4 126	2 055	17 191	1 752	51 124
Centres de santé publics	17 789	4 010		691	3 958	504	26 951
Hôpitaux généraux privés à but lucratif (cliniques privées)	9		800	4 290	1 574		6 673
Hôpitaux généraux privés à but non lucratif	39			122	416		576
Prestataire de soins ambulatoires	**3 687**	**4 686**	**2 127**	**7 258**	**18 758**	**550**	**37 067**
Cabinets de médecins			238	2 092	3 029		5 121
Cabinets de dentistes			32	615	1 216		1 862
Cabinets d'autres professionnels de santé				45	167		212
Centres de soins ambulatoires publics	906	46			50		96
Centres de soins ambulatoires prives			1 848	1 313	415		3 576
Autres centres ambulatoires spécialisés	304			89	287		680
Postes de santé et Maternités rurales	1 329	4 641		527	3 501	550	10 549
Laboratoires d'analyse médicale et de diagnostic	142		3	2 563	5 391		8 099
Autres prestataires de services de santé	1 005		6	14	4 702		5 726
Détaillants de bien médicaux			**297**	**4 871**	**42 414**		**47 582**
Officines privées			297	4 399	35 162		39 858
Opticiens				472	1 252		1 724
Vente informelle de médicaments					6 000		6 000
Fournitures et administration de programme de santé publique	**46 665**			**8**	**15**	**443**	**47 131**
Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	**22 357**	**71**	**86**	**3 955**	**39**	**4 360**	**30 867**
Administration publique de santé	22 302	71			39	4 360	22 412
Administration des régimes d'assurances	54		86	3 955			4 095
Autres prestations services de santé (ONG, GF)	**618**			**1 602**		**834**	**3 054**
Institutions fournissant des services sanitaires connexes (recherche et formation)	55		579	817		1 435	2 886
Prestataires non spécifiés par catégorie	274	12					285
Dépense Nationale Totale	**116 574**	**9 696**	**8 015**	**25 669**	**84 365**	**9 877**	**254 196**

* Autres fonds publics : Administrations de sécurité sociale, prise en charge des fonctionnaires, entreprises publiques

2.3- Analyse des dépenses des Agents par Prestataire

L'analyse des résultats révèle que plus du tiers (34%) de la Dépense Nationale de Santé est orienté vers les prestataires de soins hospitaliers, 15% vers les prestataires ambulatoires, 19% vers les pharmacies, 19% vers la fourniture et l'administration des programmes de santé publique, 15% vers les prestataires de soins ambulatoires, 12% vers l'administration générale de santé et de l'assurance maladie, 1% vers les institutions fournissant des services sanitaires connexes et moins de 1% vers les prestataires non spécifiés.

Graphique 5 **:** Répartition de la Dépense Nationale de Santé par prestataires



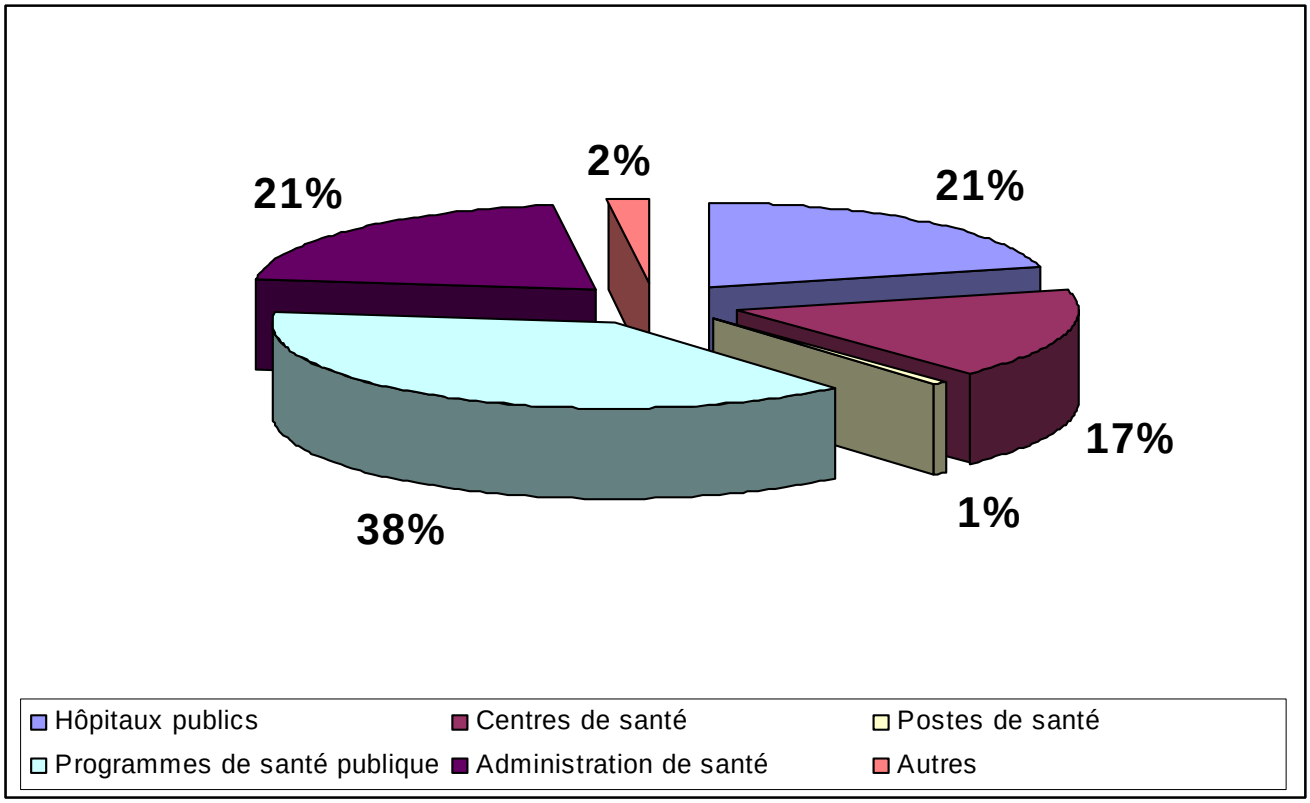
Les prestataires de soins hospitaliers consomment 85,3 milliards de Fcfa dont plus de la moitié (60%) pour les hôpitaux nationaux et régionaux et respectivement 32% pour les centres de santé publics et 8% pour les cliniques privées.

Cette part importante des dépenses au niveau des structures hospitalières pourrait s'expliquer par le coût de revient des prestations relativement élevé.

2.3.1. Répartition par prestataire des dépenses du Ministère de la santé

L'analyse de la structure des dépenses par prestataire du MSP montre une prédominance des programmes de santé publique (38%) et des structures hospitalières qui reçoivent 38% (21% aux hôpitaux et 17% aux centres de santé). Les postes de santé, qui constituent les structures de soins les plus répandues dans le monde rural et les premières structures de contact avec la population, ne bénéficient que de 1% des ressources allouées par le MSP.

Graphique 6 : Structure des dépenses par prestataire du Ministère de la Santé de la Prévention et de l'Hygiène Publique



2.3.2. Répartition par prestataire des dépenses des collectivités locales

Les régions qui ne disposent pas de fonds propres financent les hôpitaux régionaux et les centres de santé situés en zone rurale grâce aux Fonds de Dotation Décentralisés (FDD) à hauteur de près de un milliard de Fcfa.

Les communes ont principalement orienté leurs interventions vers les centres et postes de santé urbains qui ont bénéficié respectivement de 4,0 et de 1,0 milliards Fcfa sur un total de 5,1 milliards. Ces dépenses sont réalisées sur fonds propres à 50 % et à partir de fonds provenant de l'Administration Centrale (FDD) pour l'autre moitié.

Les communautés rurales financent les postes de santé ruraux à hauteur de 4 milliards dont la moitié provient des fonds du RDM et 12% des FDD. Ainsi, le financement des postes de santé ruraux est très dépendant de l'extérieur.

Bien que la contribution des collectivités soit faible dans le financement du système de santé (1% de la DNS), les résultats des CNS montrent cependant que ces dernières participent respectivement à hauteur de 15 et 44% du financement des centres et postes de santé.

2.3.3. Répartition par prestataire des dépenses des ménages

Tableau 9 : Répartition des versements directs des ménages par prestataire dans la consommation médicale

En millions de Fcfa

Prestataires	Montant	Part
Hôpitaux publics	17 191,165	20%
Centres de santé publics	3 957,846	5%
Cliniques privées à but lucratif et non lucratif	1 989,702	2%
Cabinets privés de professionnels de santé	4 675,899	6%
Centres ambulatoires publics[10]	4 065,518	5%
Postes de santé catholiques	414,741	1 %
Tradipraticiens	4 211,069	5%
Laboratoires d'analyse et imagerie	5 391,256	6%
Pharmacies privées	35 161,850	42%
Opticiens	1 252,358	1%
Vente informelle de médicaments	6 000,000	7%
Total	**84 311,404**	**100%**

L'achat de médicaments constitue près de la moitié des dépenses directes des ménages. Les dépenses directes des ménages chez les tradipraticiens sont aussi importantes que dans les cabinets privés et les postes de santé.

Tableau 10 : Part des versements directs des ménages dans le privé et le public

En millions de Fcfa

Secteurs	Prestataire	Montant	Part
Secteur Public	Hôpitaux publics	17 191,165	30%
	Centres de santé publics	3 957,846	
	Centres ambulatoires des autres ministères[11]	564,112	
	Postes de santé	3 501,406	
Secteur privé à but non lucratif	Hôpital à but non lucratif	415,857	1%
	Postes de santé catholiques	414,741	
Secteur privé à but lucratif	Cliniques privées	1 573,845	69%
	Cabinets privés de professionnels de santé	4 675,899	
	Laboratoires d'analyse et imagerie	5 391,256	
	Vente de médicaments	42 414,207	
	Tradipraticiens	4 211,069	
Total		**84 311,404**	**100%**

[10] Comprend : Les postes de santé et centres ambulatoires des autres ministères
[11] Exemple : Les Inspections Médicales d'Etablissements du Ministère de l'Education

Les dépenses des ménages sont plus importantes dans le secteur privé que dans le secteur public, ce qui pourrait s'expliquer par les prix pratiqués dans le privé, d'une part, et par les dépenses dans les pharmacies qui représentent 50% des versements directs des ménages, d'autre part. En effet, si on ne considère que les structures de santé en excluant les ventes en externe (hors structures) de médicaments, les examens de laboratoire et l'imagerie, les structures du secteur public reçoivent 78% des dépenses de santé des ménages.

En référence à la pyramide sanitaire, les dépenses des ménages se répartissent selon le tableau suivant :

Tableau 11 : Structure des dépenses de santé des ménages par niveau de la pyramide sanitaire

En millions de Fcfa

Niveau de la pyramide	Montant versements directs des ménages	Part (%)
Hôpitaux de niveau 3 et assimilés	13 195,100	53%
Hôpitaux de niveau 2 (régionaux)	4 254,629	17%
Centres de santé avec ou sans bloc opératoire	3 957, 846	16%
Postes de santé	3 551, 598	14%
Total	**24 959, 174**	**100 %**

Cette distribution qui montre que 70% des dépenses des ménages se réalisent dans les hôpitaux s'explique en partie par le niveau plus élevé des coûts et tarifs appliqués dans les structures de niveau tertiaire.

2.3.4. Répartition par prestataire des dépenses des assureurs

Le tableau ci-dessous identifie les prestataires qui bénéficient le plus des dépenses des assureurs.

Tableau 12 : Part des assurances dans le chiffre d'affaires des prestataires

Prestataires	%
Hôpitaux publics nationaux	17%
Centres de santé publics	16%
Cliniques privées à but lucratif et non lucratif	72%
Cabinets privés	37%
Laboratoires d'analyses médicales et imagerie	32%
Officines privées et opticiens-lunettiers	12%

Ce tableau indique que l'offre privée comparée à celle publique attire plus le secteur des assurances.

Tableau 13 : Répartition des chiffres d'affaires des prestataires par type d'assureur

En millions de Fcfa

Prestataires	Assurances publiques*	IPM	Mutuelles de santé	Sociétés commerciales privées**	Total
Hôpitaux publics	4 173	342	165	440	**5 119**
Centres de santé publics	-	174	439	3	**615**
Cliniques privées à but lucratif et non lucratif	801	942	47	1 044	**2 834**
Cabinets privés de professionnels de santé	546	1 528	66	818	**2 958**
Postes de santé	10	-	147	-	**157**
Laboratoires d'analyse et imagerie	3	1 037	18	1 102	**2 160**
Pharmacies privées et opticiens	305	3 110	174	1 750	**5 340**
Autres prestataires	6	2	12	11	**31**
Total	**5 837**	**7 133**	**1 057**	**5 157**	**19 184**

** Il s'agit de la Caisse de Sécurité Sociale, de l'IPRES, de la prise en charge par l'État des fonctionnaires et des salariés par les entreprises publiques quand elles n'ont pas d'IPM.*

*** Les dommages corporels des accidentés de la circulation ont été exclus.*

L'État, qui constitue l'assureur majoritaire des « assureurs publics » (82% des dépenses), prend en charge ses agents principalement dans le secteur sanitaire public tandis que 92% des dépenses des IPM et des assureurs privés sont orientées vers le secteur médical privé. Les dépenses des mutuelles de santé sont concentrées au niveau des prestations ambulatoires publiques, notamment au niveau des centres de santé. Les dépenses des sociétés d'assurance privées sont plutôt orientées vers les structures privées (pharmacies, laboratoires, cabinets privés).

2.3.5. Répartition par prestataire des dépenses exécutées par le Reste du Monde

Les dépenses directes du RDM ne représentent que 4% de la DNS, soit un peu plus de 9,8 milliards de Fcfa. Il alloue ses ressources principalement à l'Administration publique qui bénéficie de 4,36 milliards, aux hôpitaux pour 2,25 milliards en vue d'accompagner la réforme hospitalière et aux institutions d'enseignement, de recherche et de formation, à hauteur de 1,43 milliard.

2.4- Structure de la consommation médicale individuelle

Tableau 14 : Financement de la Consommation médicale Individuelle par Prestataire.

en millions de Fcfa

Agents financements / Prestataires	Administration Centrale	Collectivités locales	Assurances	Versements des ménages	Reste du Monde	**Total**
Hôpitaux publics nationaux	16 468		6 078	12 932	1 604	**37 082**
Hôpitaux publics régionaux	8 592	917	103	4 255	148	**14 015**
Centres de santé publics	17 789	4 010	625	3 958	504	**26 886**
Cliniques privées à but lucratif et non lucratif	47	-	5 199	1 990	-	**7 236**
Cabinets privés de professionnels de santé	-	-	3 000	5 091	-	**8 091**
Centres ambulatoires publics	2 706	4 686	2 015	4 066	550	**14 023**
Tradipraticiens	50	-	-	4 211	-	**4 261**
Laboratoires d'analyse et imagerie	142	-	2 566	5 391	-	**8 099**
Pharmacies privées et opticiens	-	-	5 165	36 414	-	**41 579**
Vente informelle de médicaments	-	-	-	6 000	-	**6 000**
Consommation médicale individuelle	**45 795**	**9 613**	**24 751**	**84 306**	**2 806**	**167 272**

La Consommation Médicale Individuelle (CMI) qui regroupe les soins curatifs et préventifs, les médicaments, l'imagerie et les analyses mais exclut les dépenses des programmes, les dépenses d'administration et les dépenses des instituts de formation et de recherche, est de plus de 167 milliards de FCFA soit plus de 65% de la Dépense Nationale de Santé.

Les hôpitaux sont essentiellement financés par l'État et les versements directs des ménages avec respectivement 49% et 34% de la CMI.

En ce qui concerne les centres de santé, l'apport de l'État reste très important (66%), alors que les collectivités locales ne participent qu'à hauteur de 15% de la CMI. En revanche, pour les centres ambulatoires publics dont les postes de santé, les collectivités locales les financent à hauteur de 33%.

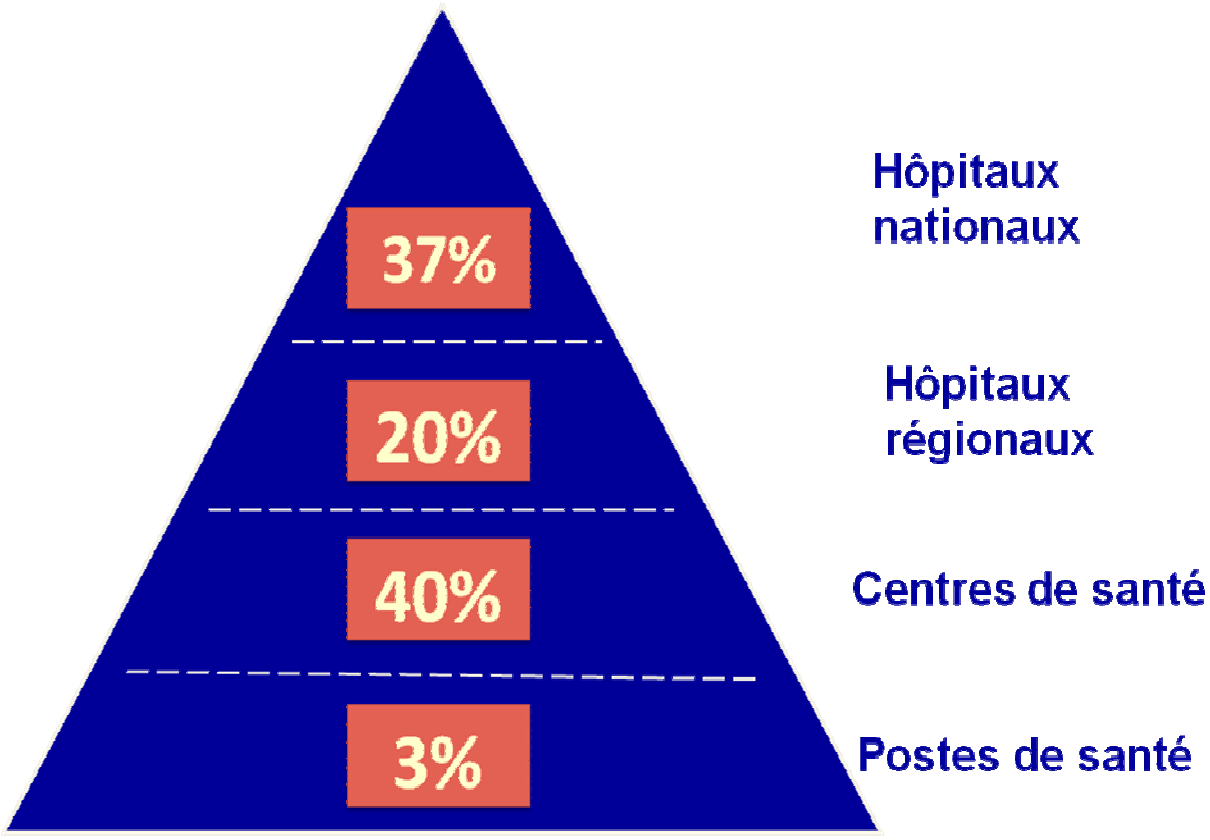
Il est à noter que les ménages dépensent presque autant dans les postes de santé que dans les centres de santé.

L'essentiel des financements des cabinets privés provient des ménages (63%) et des assureurs (37%). Enfin, les biens médicaux fournis hors formation sanitaire (médicaments, examens de laboratoire, radiologies) sont financés à hauteur de 84% par les versements directs des ménages.

2.5- Analyse de la contribution de l'Administration Centrale à travers les structures publiques de *la pyramide sanitaire*

Les dépenses de l'Administration Centrale (Ministère de la santé et des Forces Armées) à travers les structures de la pyramide sanitaire s'élèvent à 44,2 milliards, soit 41 % du total de leurs dépenses. Elles sont réparties comme indiqué dans le graphique ci-dessous

Graphique 7. Contribution de l'Administration Centrale dans le financement de la pyramide sanitaire



Ce schéma montre que les postes de santé, premier accès des populations pauvres aux services de santé, ne reçoivent que 3% des montants alloués par l'administration centrale aux structures de la pyramide sanitaire tandis que les hôpitaux en reçoivent plus de la moitié. Leurs charges fixes importantes peuvent expliquer en partie cette situation. La promotion de l'accessibilité aux soins de santé, qui est une des priorités nationales, ne se reflète pas dans la distribution de la contribution publique aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Cependant, dès qu'on intègre la contribution des collectivités locales, les centres et postes de santé reçoivent une part plus importante des financements publics respectivement 41% et 11%. Ainsi, les communautés rurales financent les postes de santé ruraux à hauteur de 3,5 milliards[12].

[12] *Plus de la moitié des ressources des communautés rurales proviennent du Reste du Monde.*

3- Analyse fonctionnelle des transactions des agents de financement

Pour l'analyse fonctionnelle des flux financiers, le tableau **Agents / Fonctions** a été utilisé. Ce tableau présente la dépense de santé par type d'agents de financement et par type de biens et services (fonctions) offerts dans le système de santé. Il est utilisé pour connaître le total et les allocations spécifiques des ressources gérées par les agents de financement du système de santé vers les principaux types de services.

3.1- Définitions

Les biens et services produits par les prestataires de soins de santé et par les institutions et acteurs impliqués sont classés en *fonctions*, c'est-à-dire en type de prestations sanitaires. La classification est la suivante :

a. *Services de soins curatifs* (**HC.1**) : ils sont regroupés en trois sous catégories.

   i. *Soins curatifs hospitaliers* (**HC.1.1**) : ils regroupent tous les services de soins curatifs dispensés par les prestataires de soins lors d'une hospitalisation y compris les médicaments, les examens de laboratoire, l'imagerie médicale, et les frais administratifs liés à l'hospitalisation.

   ii. *Soins curatifs en hospitalisation de jour* : (**HC1.2**) ils regroupent l'ensemble des services médicaux et paramédicaux dispensés aux patients hospitalisés de jour pour une période de soins curatifs.

   iii. *Soins curatifs ambulatoires* (**HC.1.3**): ils regroupent l'ensemble des services médicaux et paramédicaux rendus aux malades en consultation externe qui ne sont pas officiellement admis dans l'établissement (cabinet privé d'un médecin, centre hospitalier de consultation externe ou centre de soins ambulatoires) et qui n'y passent pas la nuit.

b. *Services de réadaptation* (**HC.2**) : la réadaptation couvre les services qui visent à améliorer les capacités fonctionnelles des patients.

c. *Services de soins de longue durée* (**HC.3**) : les soins de longue durée couvrent les soins médicaux et infirmiers destinés à des patients qui ont besoin d'une attention constante car souffrant de déficiences chroniques et subissant une perte de leur autonomie.

d. *Services auxiliaires* (**HC.4**) : il s'agit des services de laboratoires, de transfusion sanguine et d'imagerie réalisés dans des structures indépendantes des formations sanitaires.

e. *Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires* (**HC.5**) : il s'agit des services relatifs aux achats et à la gestion des médicaments dans des officines ou dépôts de pharmacie en dehors des formations sanitaires. Les services liés aux achats et à la gestion des médicaments dans les dépôts des formations sanitaires sont inclus dans les soins curatifs desdites formations.

f. *Soins préventifs* (**HC.6**) : sont relatifs à toutes les activités de sensibilisation, de promotion et de prévention de la maladie.

g. *Administration de la santé et de l'Assurance maladie* (**HC.7**) : concernent toutes les activités de planification et de gestion des politiques de santé et de l'assurance maladie.

h. *Fonctions sanitaires connexes* (**HC.R**) : Elles regroupent l'ensemble des activités qui ne sont pas directement liées à la santé mais qui peuvent avoir une conséquence sur l'état de santé des populations. Parmi ces fonctions figurent :

   1. la formation de capital des établissements prestataires de soins de santé (**HC.R1**) : ce sont les investissements (construction, réhabilitation et équipement) dans le secteur de la santé.
   2. l'éducation et la formation du personnel de santé (**HC.R2**) : il s'agit de toutes les activités de formation professionnelle au profit du personnel de santé.
   3. la recherche et le développement dans le domaine de la santé (**HC.R3**) : il s'agit de toutes les activités de recherche liées à la santé.
   4. les contrôles sanitaires (**HCR4**): contrôle des denrées alimentaires, de l'hygiène et de l'eau ;
   5. l'hygiène du milieu (**HCR5**): Assainissement et autres activités qui ont un impact sur la santé des populations.

i. *Dépense non spécifiée par catégorie* : il s'agit des dépenses de santé qu'on ne peut pas mettre dans aucune des catégories citées ci dessus.

3.2- Le tableau Agents / Fonctions simplifié

Tableau 15 : Tableau Agents / Fonctions simplifié

en millions de Fcfa

Agents financement / Fonctions	Total Secteur Public	Secteur privé		Total Reste du Monde	**Total Général**
		Assurances et autres fonds privés	Versements des ménages		
Soins curatifs en milieu hospitalier pour hospitalisés (dont médicaments, labo et radio)	24 168	5 871	17 174	1 299	48 511
Soins curatifs ambulatoires (services médicaux et diagnostics courants)	9 213	4 542	11 055	459	25 269
Soins dentaires	439	620	1 324		2 383
Autres soins curatifs ambulatoires	135	72	4 398		4 606
Services de réadaptation	252	10	105		366
Services auxiliaires (labo, radio et autres)	735	2 577	5 882		9 193
Médicaments	576	4 404	41 162		46 142
Lunetterie et autres produits optiques		472	1 252		1 724

Agents financement / Fonctions	Total Secteur Public	Secteur privé		Total Reste du Monde	**Total Général**
		Assurances et autres fonds privés	Versements des ménages		
Appareils orthopédiques et autres prothèses	6			8	14
Service de prévention et de santé publique	50 949	1 782	1 974	1 743	56 449
Administration de la santé et Assurance Maladie	18 559	3 955		2 461	24 975
Administration générale de santé : publique sauf sécurité sociale	18 419			2 461	20 880
Activités d'administration des assurances	140	3 955			4 095
Bâtiments et équipement	26 221	355		1 281	27 858
Dépense Totale de Santé (DTS)	131 254	24 659	84 326	7 251	247 491
Formation continue du personnel de santé et recherche	2 536	1 001		2 512	6 050
Autres dépenses connexes	495	8	39	114	656
Dépense Nationale de Santé (DNS)	134 285	25 669	84 365	9 877	254 196

Ce tableau permet de calculer facilement la **D**épense **T**otale de **S**anté (**DTS**) qui ne comptabilise pas les dépenses de formation continue, de recherche et les autres dépenses connexes (contrôle sanitaire et hygiène du milieu).

3.3- Analyse de la dépense nationale de santé par fonction

La structure fonctionnelle de la dépense nationale de santé est décrite par le tableau ci-dessous :

Tableau 16 : Répartition fonctionnelle de la dépense nationale de santé

Dépense nationale de santé	Montant *en milliards de Fcfa*	%
Soins curatifs	81, 136	31,9%
Prévention et santé publique	56, 448	22,2%
Médicaments	45, 858	18%
Lunetterie	1,724	0,6%
Construction et Équipement	27, 858	11,0%
Administration générale de santé	24, 975	9,8%
Labo et imagerie	9, 193	3,6%
Recherche et formation	6, 705	2,6%
Total	**254, 196**	**100%**

La consommation médicale composée des soins curatifs et préventifs, des médicaments, de l'imagerie et des examens représente 76% de la Dépense Nationale de Santé.

Les dépenses des soins curatifs s'élèvent à 81,1 milliards de Fcfa soit 32% de la DNS. Elles sont constituées de soins curatifs hospitaliers (60%) et de soins curatifs ambulatoires (40%). Les soins dentaires représentent 7% du total des dépenses de soins ambulatoires.

Les dépenses de prévention s'élèvent à 56,5 milliards de Fcfa, soit un peu plus du cinquième de la DNS (22%). Elles sont réparties suivant le tableau ci dessous :

Tableau 17 : Structure des dépenses de prévention

Dépenses de Préventions	Montant *en millions de Fcfa*	Part
Prévention des maladies transmissibles	41 155	73%
Santé maternelle et infantile et services de planning familial	10 680	19%
Services de promotion de la santé	2 174	4%
Médecine du travail	1 245	2%
Services de médecine scolaire	580	1%
Prévention des maladies non transmissibles	612	1%
Total	56 446	100%

Les dépenses de prévention contre les maladies transmissibles, notamment le paludisme et le sida, représentent près de trois quart (73%) des dépenses en soins préventifs tandis que celles relatives à la santé maternelle et infantile représentent les 19%. Il faut noter cependant que la prévention des maladies transmissibles qui semble être privilégiée participe également à la réalisation de cet objectif.

En revanche, les dépenses liées à la prévention des maladies non transmissibles qui deviennent de plus en plus importantes dans le profil épidémiologique sénégalais, représentent en 2005 à peine 1% du total des dépenses de prévention.

Ces dépenses de prévention sont essentiellement réalisées dans le cadre des programmes verticaux et financées par le secteur public (90%) dont elles constituent le premier poste de dépense.

Ces informations révèlent que le financement et l'exécution des dépenses de prévention dépendent en grande partie du secteur public et particulièrement du ministère en charge de la Santé.

Les dépenses en médicaments citées dans les tableaux CNS sont uniquement constituées des médicaments achetés dans les pharmacies privées et auprès des vendeurs informels (vente illicite). En revanche, les médicaments achetés et/ou utilisés dans les formations sanitaires sont comptabilisés, selon les normes internationales des Comptes de la Santé, dans la catégorie « soins curatifs » et pour les programmes de prévention les médicaments sont comptabilisés dans la catégorie « soins préventifs ».

Au total, l'estimation des médicaments consommés au Sénégal en 2005, que ce soit au sein des structures sanitaires ou non s'élève à 72,105 milliards de Fcfa soit 6 652 Fcfa par habitant. Ce montant consommé se répartit comme suit :

Tableau 18 : Consommation nationale en médicaments

Types de prestataires	Montant *en millions de Fcfa*	%
Officines privées	39, 858	55,3%
Vente informelle	6, 000	8,3%
Hôpitaux publics	6, 071	8,4%
Centres de santé publics	4, 449	6,2%
Postes de santé	3, 103	4,3%
Programmes de prévention	12, 624	17,5%
Total	72, 105	100%

Les officines privées occupent 55% du marché total du médicament[13] contre 37% pour le secteur public. Toutefois, les médicaments vendus dans les structures publiques sont généralement des génériques au coût plus faible.

Il est à souligner que la vente des médicaments du secteur informel représente prés de la moitié de l'ensemble des dépenses en médicaments au niveau des structures publiques (hors programmes de prévention).

3.4- Analyse des dépenses des principaux agents par fonction

3.4.1. Analyse fonctionnelle des dépenses publiques

Tableau 19 : Structure des dépenses publiques par fonction

Fonctions	Montant *(en millions de Fcfa)*	Part
Prévention	50, 948	38%
Soins curatifs	33, 955	25%
Investissement	26, 221	20%
Administration	18, 559	14%
Autres	4, 600	3%
Total	134, 285	100%

L'analyse fonctionnelle des dépenses publiques révèle que les dépenses de prévention occupent le premier poste des dépenses publiques (38%), ce qui conforte les options de prévention du Ministère de la santé de la Prévention médicale.

[13] *Nous n'avons pu appréhender la part des médicaments consommés dans les cliniques privées, ce qui sous-estime le total du marché du médicament.*

Les dépenses d'investissement s'élèvent à 26,221 milliards de Fcfa et sont consacrées à la construction, à la réhabilitation d'infrastructures sanitaires (46%) et à l'équipement (54%).

3.4.1.1. Analyse fonctionnelle des dépenses du Ministère de la Santé

La structure fonctionnelle des dépenses du ministère de la santé reflète l'option prise par le gouvernement en matière de prévention pour atteindre trois des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement, à savoir :

i) *réduire la mortalité infanto juvénile ;*

ii) *améliorer la santé maternelle et*

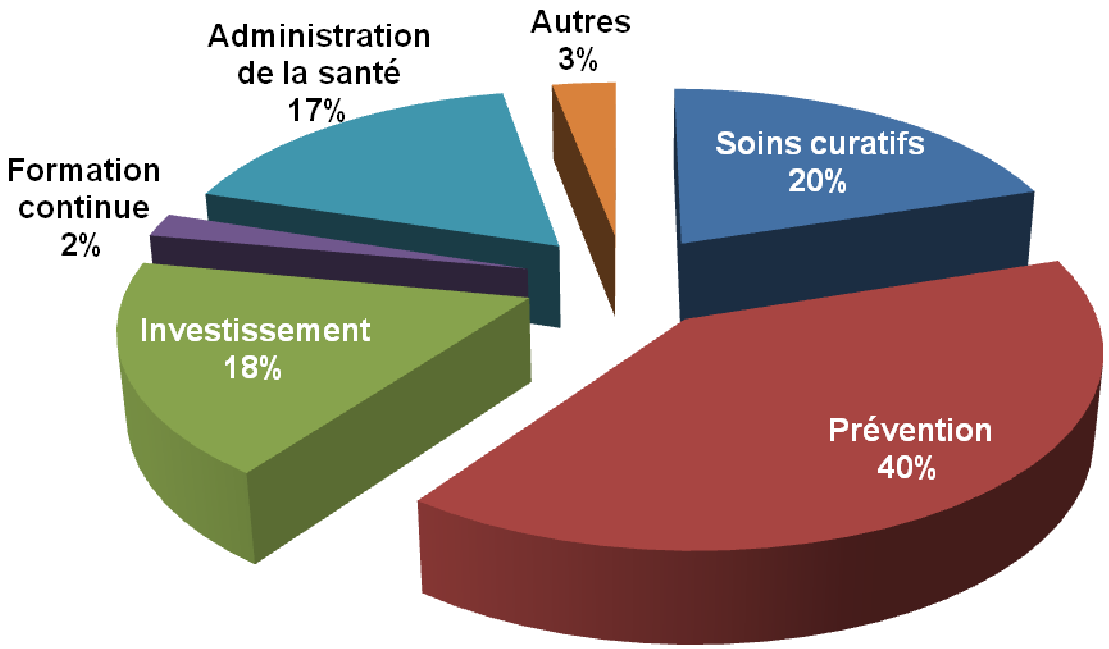
iii) *combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et autres maladies.*

En effet, les services de prévention et de santé publique ont représenté 40% du total des dépenses du ministère dont 33% pour la prévention des maladies transmissibles qui concourent à l'atteinte de ces OMD.

Les dépenses en services de soins curatifs représentent 20% dont 15% pour les soins hospitaliers. Les dépenses en administration générale de santé quand à elles, sont de 17% des dépenses totales du ministère, ce qui représente environ 88% du montant des dépenses consacrées aux soins curatifs

Par ailleurs, une part non moins importante des fonds alloués au ministère de la santé a été utilisée pour la construction et la réhabilitation d'infrastructures sanitaires (8%) et pour l'acquisition d'équipements (10%).

Graphique 8 : Structure des dépenses du Ministère de la Santé de la Prévention médiale par type de prestation (fonction)

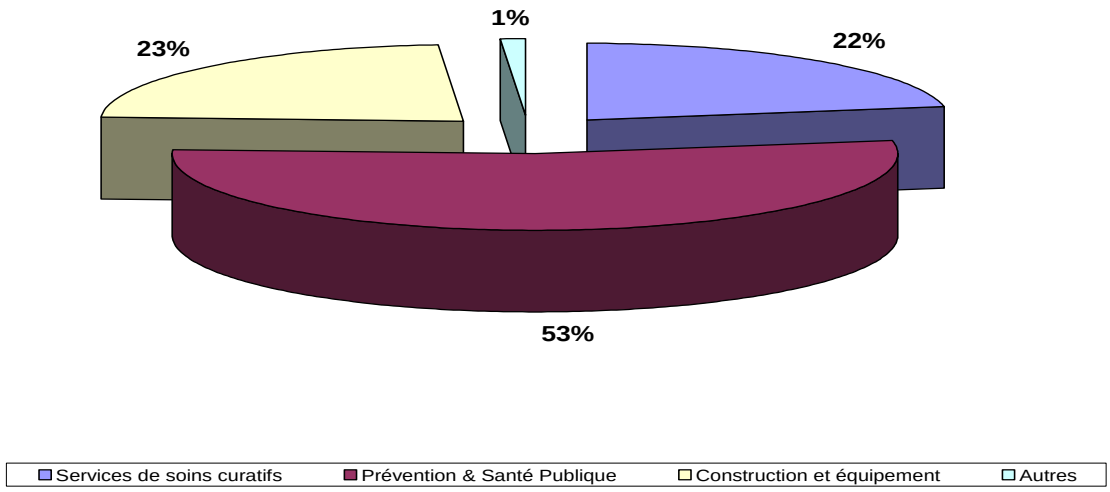


3.4.1.2. Analyse fonctionnelle des dépenses de la Primature et des autres ministères

Les activités sanitaires de la Primature et des autres ministères sont plus orientées vers les services de prévention que vers les services de soins curatifs. Les services de prévention représentent 53% des dépenses totales de ces ministères contre 22% pour les services de soins curatifs totalement exécutées par les services de santé militaire.

Par ailleurs, ils consacrent 23% de leurs ressources aux constructions et réhabilitations d'infrastructures sanitaires.

***Graphique 9* :** Structure des dépenses de la Primature et des autres ministères par type de prestation



3.4.2. Analyse fonctionnelle des dépenses privées

La répartition par fonction de la dépense privée dont celle des ménages est décrite dans le tableau ci-après.

Tableau 20 : Structure des dépenses privées par fonction

en millions de Fcfa

Dépenses privées / Fonctions	Dépenses privées totales		Dépenses des ménages	
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	47 290	43%	42 414	50%
Services de soins curatifs	45 171	41%	34 056	40%
Services auxiliaires	8 459	8%	5 882	7%
Administration de l'Assurance Maladie	3 955	4%	-	-
Service de prévention et de santé publique	3 757	3%	1 974	2%
Autres services connexes	1 048	1%	-	-
Construction et équipement	355	0%	-	-
Total	**110 034**	**100%**	**84 326**	**100%**

3.4.2.1. Analyse des dépenses des ménages par fonction

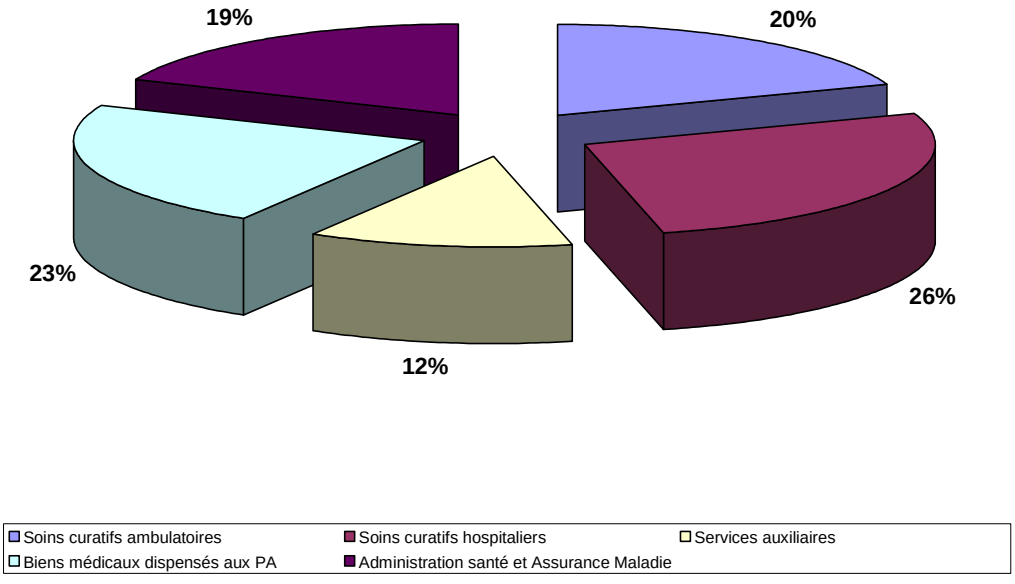
L'essentiel des dépenses privées et notamment celles des ménages est orienté vers les médicaments et les soins curatifs. En effet, le premier poste des dépenses de santé des ménages concerne les biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (représentés par les produits pharmaceutiques dont essentiellement les médicaments) avec 50,27% de leurs dépenses de santé. Ceci montre que les médicaments constituent un très lourd fardeau pour les ménages. Le deuxième poste de dépenses des ménages concerne les soins curatifs avec 40% dont la moitié est constituée de soins curatifs hospitaliers.

Les dépenses de prévention des ménages sont très faibles et s'expliquent en partie par le caractère fortement subventionné de ces prestations. Parmi ces dépenses, la Santé Maternelle et Infantile occupe la première place (86 %).

3.4.2.2. Analyse des dépenses des assureurs par fonction

La structure des dépenses de l'ensemble des assurances montre que les services de santé les plus couverts sont les services de soins curatifs avec 46% dont 58% pour les soins curatifs hospitaliers. Ensuite viennent les biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (médicaments essentiellement) avec 23% des dépenses totales. Enfin, les dépenses d'administration consomment 19% des dépenses des assureurs.

Graphique 10 **:** Répartition par fonction des dépenses des assurances privées



La répartition par type de prestation et par assureur est résumée dans le tableau suivant.

Tableau 21 : Analyse de la consommation médicale des assureurs par type de prestation

Fonctions \ Assureurs	Assurances publiques	IPM	mutuelles de santé	Sociétés d'assurances privées	Total
Soins curatifs hospitaliers	3 998	1 419	272	1 941	7 630
Soins curatifs ambulatoires	2 401	1 159	565	731	4 856
Laboratoire et Imagerie	8	1 040	30	723	1 802
Médicaments et lunetterie hors structures sanitaires	280	3 110	174	756	4 321
Total	6 687	6 728	1 042	4 151	18 608

Conformément à la garantie des agents du secteur public qui exclue la prise en charge des médicaments, les dépenses des assurances publiques se concentrent sur les soins curatifs hospitaliers.

Les IPM consacrent près de la moitié de leur consommation médicale aux médicaments et 21% aux soins curatifs hospitaliers.

Les mutuelles de santé couvrent principalement les services curatifs ambulatoires et les médicaments. Les soins curatifs hospitaliers ne consomment que 21% du total des dépenses, ce qui conforte l'image du paysage des mutuelles communautaires sénégalaises qui prennent rarement en charge le risque hospitalier.

Les dépenses administratives des Systèmes d'Assurance Maladie (SAM) apparaissent relativement importantes et sont détaillées dans le tableau suivant.

Tableau 22 : Frais de gestion des régimes d'assurance maladie

Frais de gestion / **Régimes d'Assurances maladie**	Frais de gestion *(en millions de F cfa)*	Part des frais de gestion dans les dépenses totales
Institutions de sécurité sociale	342	7%
IPM	1 269	15%
Mutuelles de santé	259	20%
Sociétés d'assurances privées	1 042	20%
Total	**2 912**	**19%**

Ces taux élevés s'expliquent en partie par la faible taille des SAM.

3.4.3- Analyse fonctionnelle des dépenses du reste du Monde

Le RDM exécute essentiellement des dépenses pour le renforcement du système de santé. Ainsi, la coopération bilatérale a dépensé plus de 2,4 milliards en Administration de santé publique hors assurance sociale ; 1,64 milliards pour les soins curatifs et 1,06 milliards pour la construction, la réhabilitation et l'équipement. Elle intervient faiblement dans la prévention avec un peu plus de 453 millions.

Par contre, les ONG internationales et les initiatives globales dépensent environ 1,29 milliards en appui à la prévention, 1,5 milliards pour les fonctions connexes au système de santé (Éducation et formation du personnel, Recherche et développement, Contrôles sanitaires et Hygiène du milieu) et peu pour les soins curatifs et les biens médicaux.

La coopération décentralisée est très peu explorée malgré son potentiel ; elle n'est intervenue que modestement dans la construction, la réhabilitation et l'équipement pour un montant de 102 millions.

4- Analyse fonctionnelle des dépenses des prestataires de soins

Le tableau ***Prestataires / Fonctions*** montre les types de services (fonctions) fournis par les prestataires en échange des fonds reçus. Il permet une analyse fonctionnelle des dépenses des prestataires de santé et répond à la question « qui fournit quel type de prestation dans le système de santé ».

4.1- Le tableau Prestataires / Fonctions simplifié

Tableau 23 : Tableau Prestataires / Fonctions.

En millions de Fcfa

Fonctions \ Prestataires	Hôpitaux et centres de santé publics	Cliniques privées	Prestataires ambulatoires	Pharmacies, Laboratoire imagerie	Programme de santé publique	Administration de la santé et de l'assurance maladie	Autres prestataires	**Total Général**
Soins curatifs hospitaliers	42 652	5 770	90	-	-	-	-	**48 511**
Soins curatifs ambulatoires	12 876	902	11 388	-	-	-	103	**25 269**
Autres soins curatifs	545	-	6 442	-	-	-	2	**6 989**
Services de réadaptation	-	-	366	-	-	-	-	**366**
Analyses médicales	-	-	-	5 374	-	-	-	**5 374**
Imagerie	-	-	-	2 770	-	-	-	**2 770**
Transport sanitaire	-	-	-	227	-	-	-	**227**
Autres services auxiliaires	-	-	-	823	-	-	-	**823**
Médicaments	-	-	273	45 858	-	-	11	**46 142**
Lunetterie	-	-	-	1 724	-	-	-	**1 724**
Autres biens médicaux non durables	8	-	6	-	-	-	-	**14**
Service de prévention et de santé publique	5 000	2	4 396	-	43 959	457	2 635	**56 449**

Prestataires / Fonctions	Hôpitaux et centres de santé publics	Cliniques privées	Prestataires ambulatoires	Pharmacies, Laboratoire imagerie	Programme de santé publique	Administration de la santé et de l'assurance maladie	Autres prestataires	**Total Général**
Administration de santé	-	-	-	-	275	20 605	-	**20 880**
Administration des assurances	-	-	-	-	-	4 095	-	**4 095**
Bâtiments et équipement	16 885	-	4 484	370	2 179	3 822	117	**27 858**
Dépense Totale de santé	**77 966**	**6 673**	**27 446**	**57 146**	**46 414**	**28 979**	**2 868**	**247 491**
Formation	658	-	56	1	396	1 553	1 030	**3 694**
Recherche	3	-	-	-	77	12	2 264	**2 356**
Contrôles sanitaires	-	-	-	-	244	12	-	**256**
Hygiène du milieu	25	-	-	-	-	311	-	**336**
Services connexes non spécifiées par catégorie	-	-	-	-	-	-	63	**63**
Dépense nationale de Santé	**78 651**	**6 673**	**27 502**	**57 147**	**47 131**	**30 867**	**6 226**	**2 546**

Le tableau prestataires/fonctions montre que les programmes de santé, les structures hospitalières publiques (hôpitaux et centres de santé) et les officines privées sont les principaux prestataires qui dépensent le plus pour la fourniture des services de santé.

4.2- Répartition fonctionnelle des dépenses des structures sanitaires publiques

Tableau 24 : Structure fonctionnelle de la consommation médicale des prestataires publics

en millions de fcfa

Prestataires publics / Fonctions	Hôpitaux publics	Centres de santé publics	Postes de santé	Autres prestataires ambulatoires publics	Total
Soins curatifs hospitaliers	33 873	7 869	90	18	41 849
Soins curatifs ambulatoires	7 897	5 435	3 869	19	17 220
Prévention et santé publique	0*	5 000	2 204	755	7 959
Total	41 770	18 304	6 163	792	67 028

*Par choix méthodologique, les dépenses de prévention des hôpitaux ont été comptabilisées dans les soins ambulatoires[14].

[14] *Des études complémentaires seront diligentées pour les prochains exercices pour évaluer les activités de prévention des niveaux tertiaire, secondaire et primaire.*

Les prestataires publics occupent la place la plus importante dans la dépense en soins des prestataires soit 49%. Ces données confirment les résultats de l'ESAM 2 qui constatent que plus de 60% des malades se rendent dans les hôpitaux, centres de santé ou dispensaires publics pour leurs consultations.

La répartition des dépenses entre les structures publiques se présente comme suit :

- 62% dans les hôpitaux publics
- 27% dans les centres de santé,
- 11% dans les postes de santé et autres

L'essentiel des dépenses des structures sanitaires publiques est exécuté par les hôpitaux. Ces derniers ont dépensé pour les *soins curatifs* 41,7 milliards de Fcfa dont la majorité est constituée de soins curatifs hospitaliers (81%). Les dépenses en soins curatifs des hôpitaux publics représentent plus de la moitié (52%) des dépenses totales en soins curatifs.

Les dépenses des centres de santé s'élèvent à 18,3 milliards Fcfa, soit 27% du total des dépenses des prestataires publics. La faible part des dépenses en soins curatifs des centres de santé pourrait s'expliquer entre autres par le non respect de la référence contre référence même si l'on doit tenir compte du fait que les hôpitaux sont des structures à soins coûteux. Les centres de santé utilisent 43 % de leurs ressources pour réaliser des activités hospitalières et 30 % pour des soins ambulatoires. Quant aux soins préventifs, les dépenses sont évaluées à 5 milliards de Fcfa, soit 27 % du total des dépenses. Dans les dépenses d'activités de prévention, celles de la santé maternelle et des maladies transmissibles sont les plus élevées avec respectivement 49% et 41%. La promotion de la santé ne mobilise que 7% des dépenses en prévention avec les centres de santé.

Les postes de santé et maternités rurales dépensent 6,16 milliards Fcfa pour leurs différentes prestations, dont 63% en soins ambulatoires. Les dépenses en soins préventifs des postes de santé s'élèvent à 2,20 milliards Fcfa réparties comme suit : 77% en santé maternelle, 12% pour la promotion et 11% pour les maladies transmissibles.

Les dépenses de santé des autres prestataires ambulatoires (Centres psychiatriques publics, centres planning familial, centres médicaux des autres ministères, centre de transfusion sanguine) sont faibles : elles se chiffrent à 792 millions de Fcfa et sont consacrées essentiellement aux soins préventifs.

La répartition des dépenses en soins ambulatoires entre les prestataires des différents niveaux de la pyramide sanitaire ne concoure pas à l'atteinte de l'un des objectifs prioritaires de la politique nationale qui est d'augmenter l'accessibilité des soins primaires pour toutes les populations. Les soins ambulatoires sont financés en majorité par les hôpitaux où les soins coûtent plus chers. Les centres et les postes de santé, premiers recours du patient, devraient alors fournir la part la plus importante des soins ambulatoires.

4.3- Répartition fonctionnelle des dépenses des programmes de santé publique

Les programmes dépensent en prestations de soins 47,13 milliards Fcfa soit 28% des dépenses des prestataires publics et 19% de la DNS.

Tableau 25 : Répartition fonctionnelle des dépenses des programmes hors administration et investissement

Dépenses des programmes	Montant	part
Maladies transmissibles	36 993	84%
Santé maternelle et Infantile	6 200	14%
Maladies non transmissibles	610	1%
Promotion de la santé	156	1%
Total	**43 959**	**100%**

Le tableau ci-dessus montre que l'essentiel des dépenses des programmes en 2005 (hors administration et investissement) est exécuté en faveur de la lutte contre des maladies transmissibles comme le paludisme et le sida. Le changement du faciès épidémiologique sénégalais (transition épidémiologique) n'est pas pris en compte car 1% seulement des dépenses de prévention est consacré à la prévention des maladies non transmissibles. Ces « nouvelles » maladies à soins coûteux sont pourtant source de basculement vers la pauvreté. Les dépenses pour la promotion de la santé, qui constitue un maillon important de la prévention reste faible (1%).

4.4- Répartition fonctionnelle des dépenses des structures sanitaires privées

Tableau 26 : Répartition fonctionnelle des dépenses des structures sanitaires privées

En millions de Fcfa

Fonctions	Structures sanitaires privées						Total
	Cliniques privées	hôpital à but non lucratif	Cabinets privés	Services médicaux d'entreprise	Centres à but non lucratif	Tradipra-ticiens	
Soins curatifs hospitaliers	6 144	517					**6 661**
Soins curatifs ambulatoires	942	59	7 433	1 404	800	4 756	**15 394**
Soins préventifs	165			1 245			**1 245**
Total	**7 086**	**576**	**7 433**	**2 649**	**800**	**4 756**	**23 300**

Le secteur privé réalise très peu d'activités préventives. Les cabinets privés et les postes de santé catholiques ont quelques activités en Santé maternelle et Infantile (CPN et vaccination) mais n'ont pu être évaluées avec précision pendant l'enquête.

4.5- Répartition des dépenses des services auxiliaires par type de prestataire

Comme pour les médicaments, les services auxiliaires dispensés aux malades hospitalisés sont comptabilisés dans les soins curatifs hospitaliers. Si l'on quantifie ces services et qu'on les extrait, leur répartition au sein des structures productrices se présente comme suit :

Tableau 27 : Répartition des dépenses des services auxiliaires par type de prestataire

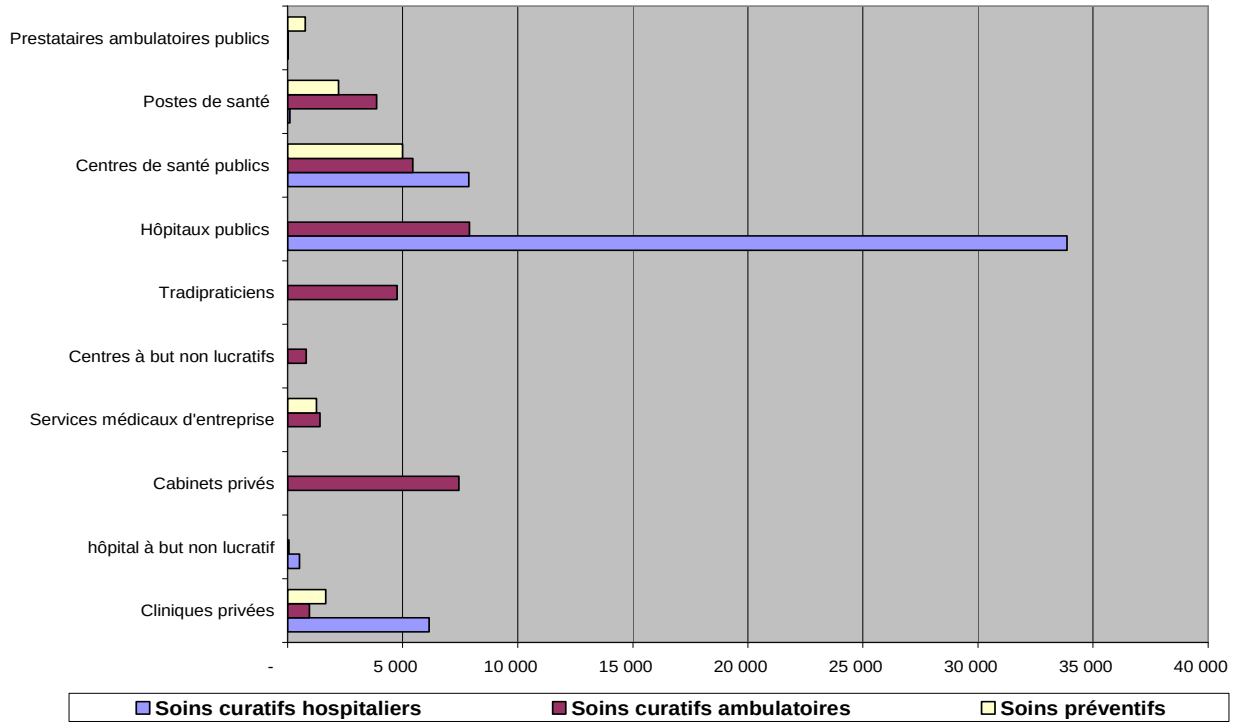
Types prestataires / Dépenses services auxiliaires	Hôpitaux publics	centres de santé	laboratoires privés	Centres d'imagerie privés	Total
Analyses médicales	2 517	382	4 825	-	7 724
Imagerie médicale	1 820		-	2 770	4 590
Total examens complémentaires	**4 338**	**382**	**4 825**	**2 770**	**12 314**

L'essentiel des services auxiliaires est fourni par le secteur privé ambulatoire, que ce soit pour les analyses médicales ou les examens d'imagerie (62%).

4.6- Analyse des types de prestations fournies par les prestataires

Les dépenses de prestations fournies par les prestataires publics et privés se répartissent comme l'indique le graphique ci-dessous.

Graphique 11 : Types de prestations fournies par les prestataires



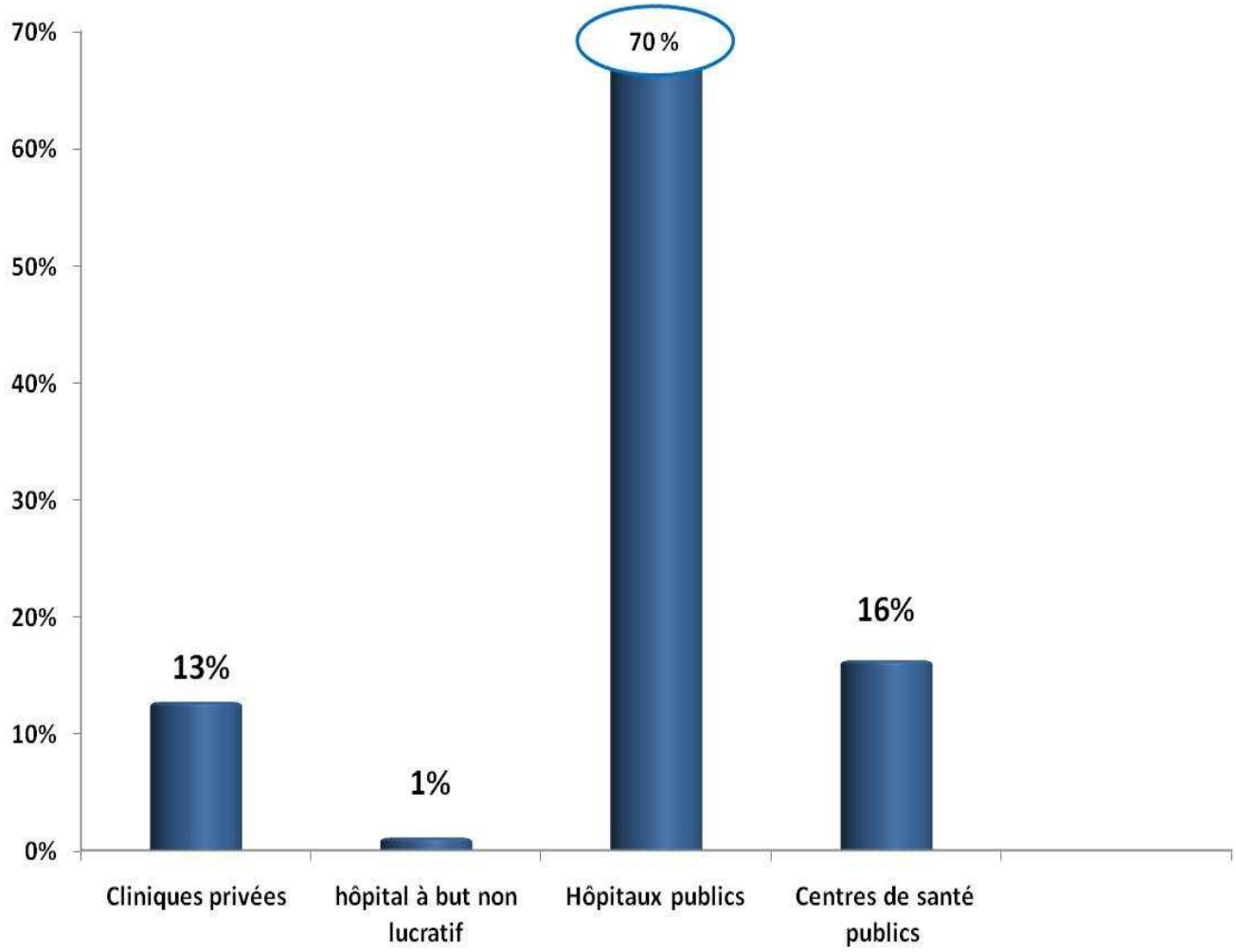
4.6.1. Les dépenses en soins curatifs

Les soins curatifs, évalués à 48,5 milliards Fcfa soit 32 % de la dépense nationale de santé (DNS) représentent la part la plus importante. Pour les soins curatifs, les dépenses en soins ambulatoires représentent 40 % alors que les dépenses en soins hospitaliers sont à hauteur de 60%.

4.6.1.1. La fourniture de soins curatifs hospitaliers

La dépense en soins hospitaliers s'élève à 48,5 milliards de Fcfa et est exécutée à 86% par le secteur public.

Graphique 12 : Répartition des soins hospitaliers par prestataire.



4.6.1.2. La fourniture de soins curatifs ambulatoires

Les dépenses en soins curatifs ambulatoires exécutées par les différents prestataires s'élèvent à 32,6 milliards de Fcfa et sont réparties suivant le graphique ci-dessous.

Les dépenses en soins ambulatoires du secteur privé lucratif (cabinets et cliniques privés) représentent 26% de la dépense totale en soins ambulatoires tandis que celles des tradipraticiens sont à 15%. Cependant, les Hôpitaux publics dont la vocation première est l'hospitalisation occupent la première place en matière de dépenses de soins ambulatoires devant les centres et postes de santé publics. Ce qui confirme le non respect de la référence et de la contre référence.

Graphique 13 : Répartition des soins ambulatoires par prestataire.

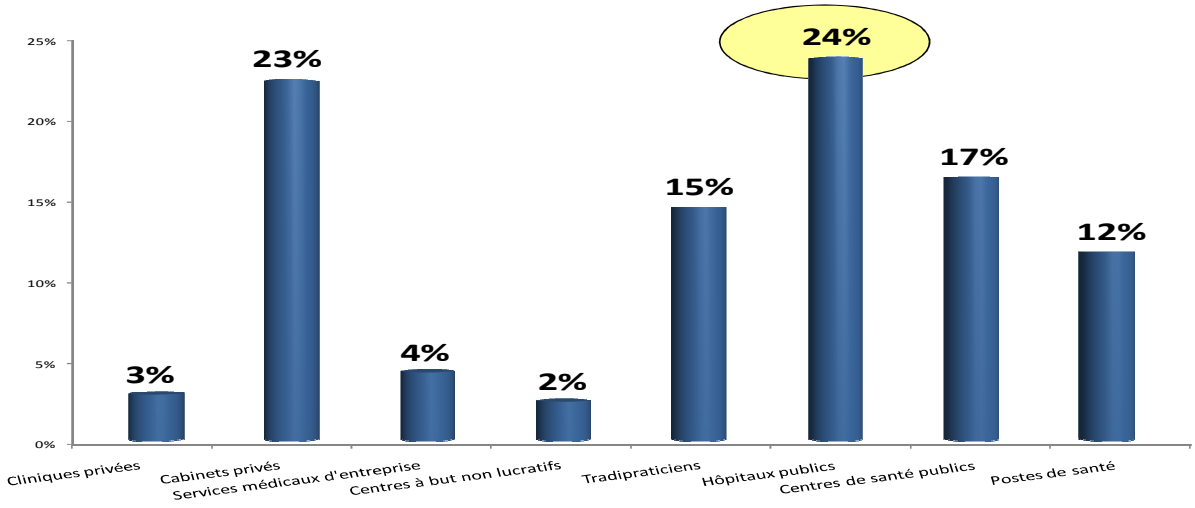


Tableau 28 : Répartition de la consommation des soins ambulatoires parmi les prestataires privés

Prestataires	Montants en milliards Fcfa	Part (%)
Tradipraticiens	4,3	31%
Médecins spécialistes	3,3	23%
Médecins généralistes	2,1	15%
Chirurgiens dentistes	1,9	13%
Services médicaux d'entreprise	1,4	10%
Centres de soins ambulatoires à but non lucratif	0,8	6%
Cabinets d'autres professionnels de santé	0,2	2%
Total	**13,9**	**100%**

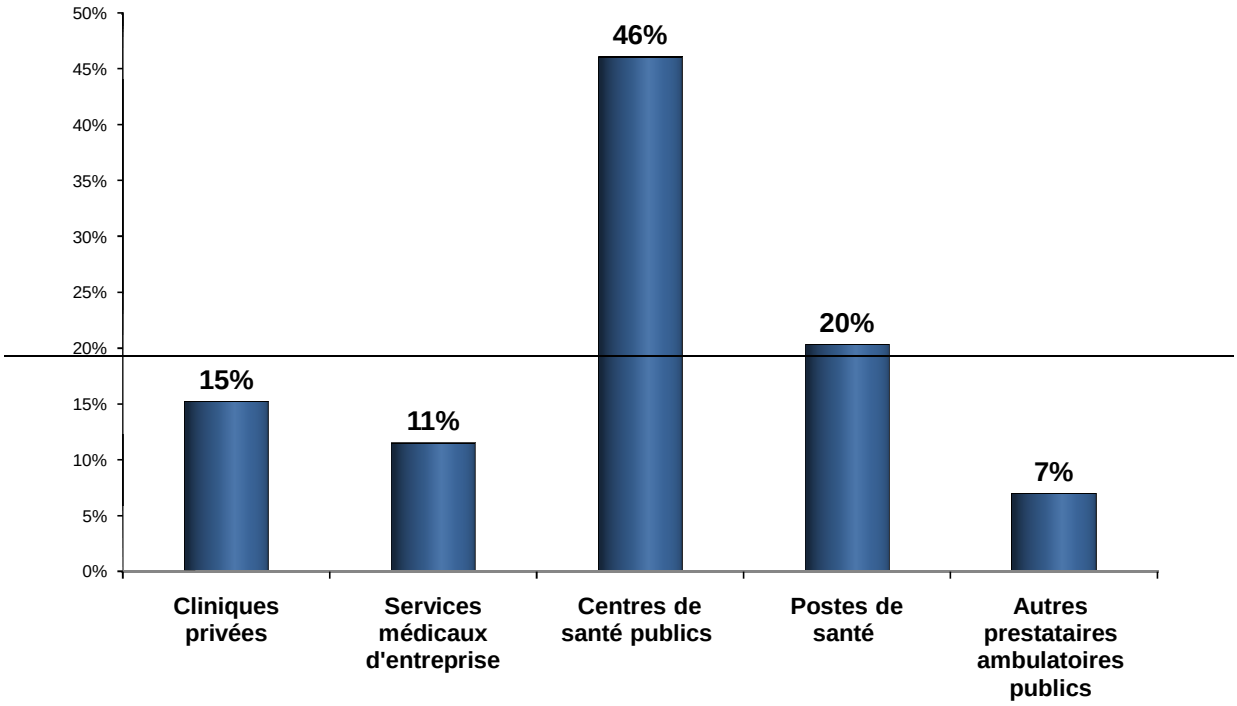
Les dépenses en services de soins curatifs ambulatoires offerts par la médecine moderne[15] représentent 69% contre 31% pour la médecine traditionnelle. Les dépenses de soins dentaires représentent 26 % du total des dépenses réalisées dans les cabinets privés.

[15] *Les dépenses de soins curatifs ambulatoires dispensés au sein des cliniques privées n'ont pas pu être appréhendées avec précision.*

4.6.2. Les dépenses en soins préventifs

Les dépenses en soins préventifs s'élèvent à 56,448 milliards Fcfa, soit une dépense annuelle en prévention par habitant de 5 207 Fcfa contre 7 451 Fcfa en dépense de soins curatifs.

Graphique 14 : Répartition des soins préventifs (hors programmes) par prestataire



Les structures périphériques publiques occupent une bonne place dans la fourniture de soins préventifs puisque ce sont les deux tiers du total des dépenses de prévention des prestataires publics et privés hors programmes qui sont réalisées dans les centres et postes de santé publics.

◆ Quatrième Partie : Recommandations et Institutionnalisation

A Recommandations

Après analyse des résultats des comptes nationaux de la santé les recommandations suivantes ont été formulées:

1. Les fonds privés constituent la première source de financement du secteur de la santé. Ils représentent une lourde charge pour les ménages. En effet, les versements directs des ménages constituent l'essentiel des ressources des formations sanitaires. Il convient alors de développer des mécanismes favorisant l'accès aux soins des ménages par la mise en œuvre des trois axes de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie:
   i. Extension des gratuités pour le groupe d'âge des 0-5 ans et amélioration de la gestion des initiatives de gratuité existantes (accouchements et personnes âgées) par la mise en place d'un Fonds de Solidarité Santé ;
   ii. Mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés et notamment par la mise en place de conventions de collaborations entre les IPM et les structures sanitaires publiques et l'abolition de la tarification discriminatoire ;
   iii. Promotion des mutuelles de santé par la mise en œuvre du Projet de démonstration, en partenariat avec les collectivités locales, qui propose notamment une subvention partielle du paiement des cotisations afin d'améliorer le paquet de soins offerts ;

2. Les dépenses des ménages sont essentiellement orientées vers le secteur privé et notamment les pharmacies privées. Dés lors, il convient d'agir sur la politique du médicament pour augmenter la consommation de médicaments génériques qui aura un impact majeur sur les dépenses des ménages. Quelques axes de réflexion peuvent être proposés :
   i. inciter les professionnels de santé à rédiger les ordonnances en Dénomination Commune Internationale (DCI) dans les structures publiques et à respecter la rationalisation des prescriptions ;
   ii. améliorer la gestion du médicament dans les structures de santé, les PRA et la PNA afin d'éviter de ruptures de médicaments ;
   iii. inciter les pharmacies privées à délivrer des médicaments génériques par une politique de substitution ;

3. La structure de financement du système de santé sénégalais montre que ce dernier est relativement dépendant de l'extérieur (21% du financement de la santé). Ainsi le ministère de la santé doit chercher à maintenir cet apport par de bons résultats pour l'atteinte des OMD en matière de santé.

4. Malgré le transfert des compétences issues de la loi 96-07 du 22 Mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales, les collectivités locales contribuent peu dans le financement du système de santé sénégalais. Pour inverser la tendance, il conviendra que le MSPM veille :

   i. à l'effectivité du transfert des FDD des collectivités vers les structures de santé par la mise en place d'une commission de suivi ;

   ii. à la mise en place des FDD dès le début de l'année budgétaire ;

   iii. à une répartition plus équitable des FDD au sein du district sur la base de critères pertinents.

   Pour augmenter le montant des fonds alloués au secteur de la santé, il conviendra de :

   i. aménager la fiscalité locale pour augmenter les ressources propres des collectivités locales ;

   ii. renforcer les capacités des élus locaux pour un meilleur exercice des domaines transférés en matière de santé ;

   iii. promouvoir la coopération décentralisée et inciter les élus locaux à saisir toutes les opportunités offertes dans ce cadre de coopération.

5. La distribution de la dépense publique de santé révèle le poids important du MSPM et donc sa responsabilité dans l'utilisation des ressources pour résoudre les problèmes de santé de la population. Des problèmes d'allocation des ressources et de leur alignement aux priorités nationales ont été décelés.

   i. Le district reçoit 42% du total des ressources publiques allouées aux structures de la pyramide sanitaire dont seulement 3% pour les postes de santé qui constituent le premier recours des populations pauvres et rurales alors que le PNDS a inscrit dans ses priorités la promotion de l'accès aux soins de santé des plus pauvres. Une réallocation de ces ressources publiques (BFND, BCI et FDD) est nécessaire, en particulier dans la répartition au sein du district entre les centres et postes de santé. Un tel réajustement pourrait avoir un impact favorable sur les dépenses des ménages qui, grâce à une meilleure qualité des soins dans les structures publiques périphériques, contribuerait au respect de la pyramide sanitaire.

ii. La proportion des fonds alloués à la prévention par le Ministère de la santé est de 38%, ce qui est conforme aux orientations de la politique nationale. En revanche, ces fonds sont essentiellement orientés vers la prévention des maladies transmissibles (84%).

   a. Pour l'atteinte des OMD 4 et 5, un effort supplémentaire doit être fait dans le financement des activités de prévention au profit de la SMI ;

   b. Par ailleurs, il conviendra à l'avenir de financer davantage la prévention des maladies non transmissibles afin de tenir compte du changement du faciès épidémiologique sénégalais (transition épidémiologique). En effet, ces « nouvelles » maladies à soins coûteux sont sources de basculement vers la pauvreté ;

   c. Enfin, la mise en œuvre du plan stratégique de développement de la Promotion de la santé, aujourd'hui négligée avec seulement 1% d'allocation, devient une priorité.

Il est nécessaire de mettre en place des critères d'allocation budgétaire alignés sur les priorités nationales à travers une plus grande applicabilité du CDSMT et notamment son lien avec l'établissement du budget du MSPHP.

6. Les secteurs public et privé sont cloisonnés. Dans un contexte d'insuffisance des ressources humaines dans le secteur public, il est nécessaire d'impliquer davantage le secteur privé pour répondre aux besoins des populations. Pour ce faire, il convient de mettre en place de cadres formels de concertation entre acteurs publics et privés.

En guise d'exemple, l'exécution quasi-exclusive des activités de prévention par le secteur public, fragilise le système de santé. Cette situation pourrait être corrigée en développant des stratégies de partenariat public/privé. Ces partenariats pourraient être développés :

i. avec le secteur privé non lucratif. La nature des arrangements contractuels se limite le plus souvent à la réalisation d'activités communautaires des programmes de santé. Cependant, le MSPHP pourrait également confier au secteur privé la gestion des structures sanitaires non fonctionnelles et/ou de négocier des formes de coopération pour la mise en place de structures sanitaires dans des zones ciblées ;

ii. Les postes de santé catholiques participent à la mission de service public. Des arrangements contractuels pourraient être négociés afin que ces structures fournissent des services comme la vaccination, les PCIME, les CPN, l'accouchement et autres dans leurs zones respectives, en contrepartie d'une subvention de l'État définie dans le contrat ;

iii. le secteur privé lucratif (cliniques et cabinets privés), par des arrangements contractuels, pourrait appliquer des prix comparables à ceux du secteur public pour les services essentiels jugés prioritaires (vaccination, CPN, accouchement …). Ces acteurs privés recevraient en contrepartie des avantages lors des achats des produits pharmaceutiques nécessaires, l'acquisition d'équipements ou encore le renforcement des compétences de leur personnel.

7. La vente informelle des médicaments dont le montant est estimé à 6 milliards de Fcfa reste préoccupante. Il est nécessaire que l'État, en collaboration avec les professionnels du secteur, lutte contre ce marché illicite.

B7 Institutionnalisation

Pour avoir une vision de l'évolution du financement de la santé, il est important de disposer périodiquement des données financières en institutionnalisant le processus. Ce chantier financé essentiellement par les partenaires, nécessitera à l'avenir un engagement de l'État. Le Ministère de la Santé, de la Prévention médicale devra maintenir et renforcer la ligne budgétaire spécifique pour les Comptes nationaux de la Santé au niveau du CDSMT et doter la CAFSP d'une équipe permanente. Les autorités devront examiner le projet de décret portant création de la Commission nationale Macroéconomie et Santé et ensuite signer le décret.

Les prochains comptes nécessiteront l'actualisation des banques de données et la réalisation d'études spécifiques complémentaires.

L'actualisation des données se fera chaque année à travers :

i. la mise en place d'un cadre de concertation avec les différents services producteurs de données en vue d'harmoniser les outils collecte et/ou de gestion;

ii. la révision et le remplissage des outils de collecte pour l'actualisation des données CNS;

iii. la réalisation d'études sectorielles plus approfondies pour certains domaines où l'information est insuffisamment connue comme le secteur privé, les ONG et le médicament dans le secteur public.

C9 Conclusions

L'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé a mobilisé d'importantes ressources humaines, financières et matérielles. Cependant, il a permis de disposer d'indicateurs pertinents pour une bonne politique de financement de la santé.

Cette étude a permis de déterminer le poids de l'ensemble des acteurs (Publics, Privés et Reste du monde) du système de santé dans la mobilisation et l'utilisation des ressources destinées à la santé au Sénégal ainsi que l'ensemble des flux financiers existant entre ces différents acteurs.

Elle a également permis de mesurer l'effort fourni par les différents prestataires aussi bien publics que privés dans la fourniture de services nécessaires à la santé des populations.

L'exécution de ce premier exercice a montré toute l'importance de disposer d'informations sur les flux financiers qui permettront une évaluation précise du CDSMT. Il est donc nécessaire que le ministère en charge de la santé élabore périodiquement des comptes nationaux de la santé.

Au-delà des enseignements de ce rapport, les données présentées dans les tableaux complets pourront servir à analyser plus en détail des questions spécifiques utiles au diagnostic et à la formulation de politique pour une amélioration du système de santé.

◆ ANNEXES

Annexe 1. Les principaux indicateurs santé du Sénégal

Annexe 2. Note de service instituant le comité de pilotage des comptes nationaux de la santé

Annexe 3. Note de service instituant le comité technique des comptes nationaux de la santé

Annexe 4. Les tableaux des CNS

Annexe 4a. Le tableau Sources / Agents
Annexe 4b. Le tableau Agents / Prestataires
Annexe 4c. Le tableau Agents / Fonctions
Annexe 4d. Le tableau Prestataires / Fonctions

Annexe 5. Indicateurs financiers issus des CNS

Annexe 6. Le personnel des 1ers CNS

■ *Annexe 1 : Principaux Indicateurs de Santé du Sénégal*

INDICATEURS	BASE	2007
- Taux de mortalité au Sénégal	• 18 ‰	- [16]
- Taux de mortalité maternelle	• 510/100 000 NV • EDS II (1992)	• 401/100 000 NV EDS IV
- Mortalité Infantile	• 68‰ EDS III (97) • 64‰ selon l'ESIS 99 • 70‰ MICS 2000	• 61 ‰ EDS IV (2005)
- Mortalité Juvénile	• 76‰ EDS III (97) • 81‰ MICS 2000	• 64‰ EDS IV
- Mortalité Infanto Juvénile	• 140‰ EDS III (97) • 145‰ MICS 2000	• 121‰ EDS IV
- Mortalité néonatale Précoce	• 31‰ ESIS 1999	• 35‰EDSIV
- Malnutrition chronique chez l'enfant - Émaciation	• 22,5% EDS III • 6,7% EDS III	• 16% EDS IV • 5% EDS IV
- Maladies diarrhéiques chez l'enfant	• 15% EDS III	• 22% EDS IV
- Allaitement maternel exclusif	• 13% EDS III	• 34% EDS IV
- VAT II	• 83% EDS III	• 90% EDS IV
- Couverture Vaccinale (Tout antigène confondu)	• 49% EDS III	• 59% EDS IV
- Taux prévalence du SIDA pop générale - Taux prévalence du SIDA femmes enceintes	• 1,5 en 2003 sites sentinelles	• 0,7% EDS IV • 0,9% EDS IV
- Désir d'espacement des naissances des femmes	• 39% EDS III	• 39% EDS IV
- Prévalence du paludisme	• 40,7 EDS III	• 30,69% (2002 SNIS)
- Femmes ayant effectué une consultation prénatale pendant la grossesse	• 64% EDS I • 74% EDS II • 80% EDS III	• 93% EDS IV
- Couverture en CPN3	• 19% 1996 (PDIS)	• 39% 2002 (PDIS)
- Accouchements assistés par personnel de santé	• 47% EDSII (1992) • 32% 1996 (PDIS) • 47% EDSIII (1997) • 48% ESIS (99) • 55% 2002 (PDIS)	• 51,9% EDS IV
- Taux de césariennes pour 100 naissances vivantes attendues	• 0,66% en 1992 • 0,60% en 1996	• 1,7% en 2001
- Accouchement dans les structures sanitaires	• 47% EDS II • 48% EDS III • 50% ESIS (99)	• 61,8% EDS IV
- Prévalence Contraceptive	• 2,4% EDS I • 4,8% EDS II • 8,1% EDS III	• 10,3% EDS IV
- Indice Synthétique de Fécondité	• 6,6% EDS I (86) • 6,0% EDS II (92) • 5,7% EDS III	• 5,3% EDS IV (2005)

[16] *Donnée non disponible*

■ *Annexe 2 : Note de service instituant le comité de pilotage des comptes nationaux de la santé*

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un peuple – Un but – Une foi

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE

N°.....MSPM/CAB/CAFSP

Dakar, le .....

LE MINISTRE,

NOTE DE SERVICE

*****

Pour les besoins de l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé du Sénégal, il a été créé un comité de pilotage qui doit accompagner le travail technique afin de s'assurer que les informations produites répondront aux attentes des décideurs.

Ce comité de pilotage permet de garantir la crédibilité de l'exercice, de faciliter l'accès aux données et l'utilisation des résultats.

Le comité se compose ainsi qu'il suit :

Président : Monsieur Moussa MBAYE, Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.

Secrétaire : Dr Aboubacry FALL, Coordonnateur de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat.

Membres : Un représentant de chacune des instances suivantes :

- Primature : CNLS ; PRN ; PNDL ; SCA ;
- Commission Santé de l'Assemblée Nationale ;
- Conseil de la République pour les Affaires Economiques et Sociales ;
- Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale : CAS/PNDS ; CAFSP ; DPM ; DES ; DS ; DRH ; SNIS ; SNEIPS ; PNA ; DSR ; DPL ;
- Ministère des Finances : DPS ; DECEF ; DB ; Impôts et Domaines ; ANSD
- Ministère du Plan et du Développement Durable : Direction de la planification ;

1

- Ministère des Forces Armées : Direction du Service de Santé des Armées
- Ministère de la Femme, de la Famille, du Développement Social et de l'Entreprenariat Féminin ;
- Ministère de l'Education : Direction de la santé scolaire et Direction de l'enseignement supérieur (COUD et CROUS) ;
- Ministère de la Fonction Publique : IPRES ; CSS ; COSIRIS ;
- Ministère des Affaires Etrangères : Direction de la Coopération Internationale ;
- Ministère de l'Intérieur et des Collectivités locales : DCL ;
- Ministère de la Prévention, de l'Hygiène Publique, de l'Assainissement ;
- Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature ;
- Ministère de la Jeunesse et de l'Emploi ;
- UCAD : Faculté de Médecine ; CRES ; CREIA ; Ecole de Dakar ;
- Partenaires au Développement : OMS ; USAID ; BM ; Coopération Française ; FNUAP ;
- ONG : RESSIP/CONGAD ;
- Ordre Professionnel : Médecins ; Pharmaciens ; Chirurgiens dentistes ;
- Associations professionnelles : Sages-femmes ; Infirmiers ;
- Associations des Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal ;
- Ecoles de formation para médicale ;
- Président de l'Association des gérants d'IPM ;
- Cadre National de Concertation des Mutuelles de Santé ;
- Assurances Commerciales ;
- Fonds de garantie automobile ;
- Association des Consommateurs : ASCOSEN ; SOS consommateurs ;
- Partenaires Sociaux :
    - Syndicats : SUTSAS ; SAMES ; SYNTRAS ; CNTS/Santé ; SAS
    - Patronat : CNP ; MDES ; CNES
- Membres du Comité Technique pour l'élaboration des CNS.

Ce Comité de Pilotage des Comptes Nationaux de la Santé pourra s'adjoindre toute personne dont la compétence sera jugée utile.

■ *Annexe 3 : Note de service instituant le comité technique des comptes nationaux de la santé*

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi

Ministère de la Santé et
De la Prévention Médicale

N° 00109 ..... MSPM/CAB/CAFSP

Dakar, le 08 JAN 2007 .....

Le Ministre,

NOTE DE SERVICE

Pour les besoins de l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé du Sénégal, il a été créé un comité technique dont la mission principale consiste à conduire tout le processus devant aboutir à l'élaboration de cet outil.

Le comité se compose ainsi qu'il suit :

Le Chef d'équipe : Dr Aboubacry FALL, Coordonnateur de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat.

Secrétaire : Le point focal des CNS, Dr Ndack Wadji LY - CAFSP

Membres :

M. Amadou Bakhaw DIAW	CT/ Economie Santé
M. Abdoulaye BALDE	CAFSP
M. PapeOusmane MBOW	CAFSP
Dr Moussa DIAKHATE	SNIS
Dr Fatou Nar MBAYE	Chef de service SR
M. Mame Abdoulaye GUEYE	DES
M. Khalifa DIENG	DAGE
M. Assane SAKHANOKHO	DAGE
M. Alioune Badara SONKO	DAGE
Pr Omar FAYE	DS
Pr Pape Amadou DIOP	DPM
M. Mathias CAMARA	DRH
Mme Ndeye Mayé DIOUF	DCEF
M. Abou AW	ANSD
M. Amady BA	DPNCPR
Mme Bénédicte BRUSSET	
OMS	
USAID	
UNFPA	

Les dispositions de cette note annulent celles du n°08183 du 16 novembre 2006. Le comité pourra s'adjoindre toute autre personne jugée compétente.

Le Ministre
Abdou FALL

Annexe 4. Les tableaux des CNS

Annexe 4a. Le tableau Sources / Agents

Annexe 4b. Le tableau Agents / Prestataires

Annexe 4c. Le tableau Agents / Fonctions

Annexe 4d. Le tableau Prestataires / Fonctions

■ *Annexe 5 : Quelques indicateurs financiers des CNS*

Indicateurs	Intitulés	Formules	Résultats
Indicateurs généraux	Dépense Nationale de Santé (DNS)	Total Dépenses Santé	**254 196 425 119**
	dépenses totales de santé (DTS)	Total des dépenses de santé (hors HCR2 jusqu'à HCR5)	**247 491 083 850**
	Les dépenses totales de santé per capita	DTS / population du Sénégal	**22 832**
	Part des dépenses totales de santé dans le PIB	DTS / PIB	**6,39 %**
Indicateurs de contribution au financement	Part des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales de santé	Dépenses publiques de santé / dépenses totales de santé	**36,05%**
	Contribution des partenaires extérieurs à la Dépense Totale de Santé	Dépense totale des partenaires extérieurs / DTS	**20,17 %**
	Contribution des partenaires extérieurs à la Dépense publique de santé *(indicateur de dépendance)*	Dépense des bailleurs de fonds / Dépenses publiques de santé	**31,12 %**
	Contribution des ménages à la dépense totale de santé	Dépense des ménages / DTS	**38,23 %**
	Part des contributions extérieures gérées par l'État dans le total des contributions extérieures	Dépenses extérieures gérées l'Etat / Dépenses Reste du Monde	**78,22 %**
	Contribution des assurances commerciales à la dépense de santé privée *(auprès des prestataires)*	Dépenses des assurances chez les prestataires / Total dépenses privées auprès des prestataires	**9,99 %**
	Contribution des mutuelles à la dépense de santé privée *(auprès des prestataires)*	Dépenses des mutuelles de santé / Total dépenses privées auprès des prestataires	**1,21 %**
	Contribution des IPM à la dépense de santé privée *(auprès des prestataires)*	Dépenses des IPM / Total des dépenses privées auprès des prestataires	**7,65 %**
Indicateurs financiers de couverture médicale	Part des mutuelles de santé dans le secteur des assurances privées	Dépenses des mutuelles de santé / Total des dépenses des assurances privées	**6,23 %**
	Part des IPM dans le secteur des assurances privées	Dépenses des IPM / Total des dépenses des assurances privées	**39,45 %**
	Part des sociétés d'assurances privées (SAP) dans le secteur des assurances privées	Dépenses des SAP / Total des dépenses des assurances privées	**51,52 %**
	Part des paiements directs des ménages dans les dépenses privées (ménages + assurances)	Paiement direct des ménages / Total dépenses directes et indirectes des ménages	**88,31 %**

Indicateurs	Intitulés	Formules	Résultats
Indicateurs de répartition des dépenses au niveau de la pyramide sanitaire	Part du financement public vers les postes de santé et maternités rurales dans le financement public des prestataires de soins publiques	Dépenses publiques vers les postes de santé et maternités rurales / Dépenses publiques vers les prestataires publics de soins (programmes Publiques, CNTS, CNAO, CTD non compris)	**10,16 %**
	Part du financement public vers les centres de santé dans le financement public des prestataires publics de soins	Dépenses publiques vers les centres de santé / Dépenses publiques vers les prestataires publics de soins (Programmes Publics, CNTS, CNAO, CTD non compris dans le dénominateur	**37,04 %**
	Part du financement public vers le niveau périphérique (districts = postes de santé et centres de santé) dans le financement public des prestataires publics de soins	Dépenses publiques vers les centres et postes de santé / Dépenses publiques vers les prestataires publics de soins (Programmes Publics, CNTS, CNAO, CTD non compris dans le dénominateur	**47,20 %**
	Part du financement public vers les hôpitaux dans le financement public des prestataires publics de soins	Dépenses publiques vers les hôpitaux publics / Dépenses publiques vers les prestataires publics de soins	**49,76 %**

■ *Annexe 6 : Personnel ayant participé au 1er Exercice des CNS*

☛ *Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat*

✓ Coordination

- Dr Mariama DIALLO DIOP*
- Dr Filifyng TOUNKARA WAGUE
- Dr Aboubacry FALL *

✓ Personnel de Gestion

- M. Dib THIAM *

✓ Assistante Technique Coopération Française

- Mme Bénédicte BRUSSET *

✓ Macro-Economie Santé

- Dr Ndack WADJI LY
- M. Abdoulaye BALDE *
- M. Papa Ousmane MBOW
- Dr Amadou DOUCOURE *
- M. Arona MBENGUE

✓ Assurance Maladie

- M. Mbaye SENE
- Mme Ndèye Maguette GUEYE NDIAYE

✓ Partenariat et Contractualisation

- Mme Ndèye Fatou TALL NDIAYE
- M. Ibrahima Aliou SALL
- Mme Anne Marie FAYE DIOUF
- M. Mouhamadou KEITA

✓ Appui à la décentralisation

- M. Habib SAMBOU
- M. Magniass MBAYE

✓ Personnel d'appui

- Mme Agnès THIAKANE NDIAYE
- Mme Khady DIENG CISSOKHO
- M. Ibrahima MBENGUE
- M. Assane KA

*PS : * = Ancien personnel de la CAFSP présentement en service dans d'autres structures*

☛ Collecte des données

Superviseurs Enquêtes Equipe Technique

- Mme Bénédicte BRUSSET	SCAC/CAFSP	- M. Ndèye Fatou TALL	CAFSP/MSPHP
- M. Arona MBENGUE	CAFSP/MSPHP	- M. Pape Ousmane MBOW	CAFSP/MSPHP

Enquêteurs de l'Equipe technique

- M. Pape Ousmane MBOW	CAFSP/MSPHP	- M. Habib SAMBOU	CAFSP/MSHP
- M. Arona MBENGUE	CAFSP/MSPHP	- M. Mouhamadou KEITA	CAFSP/MSPHP
- Mme Bénédicte BRUSSET	SCAC/CAFSP	- Mme Anne Marie DIOUF	CAFSP/MSPHP
- M. Ndèye Fatou TALL	CAFSP/MSPHP	- M. Khalifa DIENG	DAGE/MSPHP
- Dr Ndack Wadji LY	CAFSP/MSPHP	- M. Bernard Ousmane DIOP	DAGE/MSPHP
- M. Ibrahima SALL	CAFSP/MSPHP	- M. Siaka COULIBALY	SNIS/MSPHP
- Mme Ndèye Maguette G. NDIAYE	CAFSP/MSPHP	- Dr Ndèye Dome FALL DIOP	DPL/MSPHP
- M. Magniass MBAYE	CAFSP/MSPHP	- Dr Birame DRAME	DPL/MSPHP
- Mme Khar CAMARA NDOYE	DSSP/MSPHP	- M. Cheikh Oumar BA	DES/MSPHP
- M. Alioune Badara SONKO	DAGE/MSPHP		

Superviseur Enquête des IPM

- M. Cheikh Ibra FALL	Représentant de l'Association des Gérants d'IPM

Superviseur Enquête des Mutuelles de santé

M. André WADE	GRAIM (Groupe de Recherche et d'Appui aux initiatives mutualistes)

Superviseurs Enquêtes ANSD

- M. Mamadou GUEYE	ANSD/MEF	- M. Arona MBENGUE	CAFSP/MSPHP
- M. Mamadou FAYE	ANSD/MEF	- M. Alioune Badara S. SONKO	DAGE/MSPHP
- M. Abou AW	ANSD/MEF	- M. Cheikh Oumar BA	DES/MSPHP
- M. Alioune Ndoumbé GUEYE	ANSD/MEF	- M. Pape Ousmane MBOW	CAFSP/MSPHP
- M. Amadou Bakhaw DIAW	CT/MSPHP		

Chefs d'équipe enquêteurs ANSD

- Aida SARR	- Ibrahima DIAITE
- Mamadou SY	

Enquêteurs de l'ANSD

- Aida SARR	- Chérif CISSE	- Mamadou NDIAYE
- Bocar Alphonse DIOUF	- Ismaila NDIAYE	- Abdoulaye BAH
- Alassane KANE	- Mamadou SY	- Ndiagana FALL
- Tabaski DIOUF	- Mamadou Moustapha DIENG	- Badara DIAKITE
- Inssa DIEDHIOU	- Médoune SALL	- Fatou Bintou NIANG
- Massamba DIOUF	- Demba CISSE	- Babacar SENE
- Serigne Fallou SENE	- Ibrahima DIAITE	- Ansoumana SADIO

☛ Traitement informatique

➢ Conception et développement des masques de saisie

- M. Mathias Bouna CAMARA *Statisticien – Informaticien*

➢ Dépouillement et codification des réponses aux questions ouvertes

- André Wagane FAYE
- Bassirou DIOP
- Oumar SY
- Seynabou DIOP

➢ Superviseurs saisie des données

- M. Mathias Bouna CAMARA
- M. Dame CAMARA
- M. Pape Ousmane MBOW
- M. Alioune Badara S. SONKO
- M. Ousmane CISSE
- M. Mohamadou Moustapha SECK

➢ Opérateurs de saisie des données

- Bassirou BA
- Seynabou DIOP
- Mbissine GUEYE
- Aissatou DIENE
- Yaye Khary NDIAYE
- Diack GNINGUE
- Soukèye DIONE
- Angèle NIOKE
- Aminata SOW

☛ Traitement et Analyse des données

- Dr Aboubacry FALL	Economiste de la Santé	- M. Mathias Bouna CAMARA	Statisticien Informaticien
- Dr Farba Lamine SALL	Economiste de la Santé	- M. Alioune Badara SONKO	Informaticien
- Dr Alice SOUMARE	Economiste de la Santé	- M. Pape Ousmane MBOW	Conseiller en Planification
- Dr Ndack WADJI LY	Economiste de la Santé	- M. Abou AW	Conseiller en Planification
- M. Arona MBENGUE	Economiste de la Santé	- M. Mamadou FAYE	Ingénieur Statisticien Economiste
- Mme Ndèye Fatou TALL	Economiste de la Santé	- Mme Bénédicte BRUSSET	Economiste de Développement
- M. Cheikh Oumar BA	Gestionnaire de Programmes	- Dr. Abibou CISSE	Economiste de la Santé
- Mlle Lisa CASTET	Stagiaire / Economiste		

Postface

En dépit des efforts consentis par l'État, les partenaires et les populations dans la mobilisation des ressources destinées à la santé, la problématique du financement de la santé au Sénégal se pose toujours avec acuité. Elle fait face surtout à des difficultés liées à la non lisibilité des flux financiers au sein du système de santé.

Les comptes nationaux de la santé (CNS), fruit d'un partenariat exemplaire entre les ministères de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène publique et de l'Economie et des Finances, ont été mis en place pour pallier à cette situation.

Ils constituent un outil de suivi systématique, cohérent et exhaustif du flux des ressources du système de santé sénégalais en vue d'une meilleure allocation de celles-ci pour l'atteinte des objectifs du millénaire et de la politique nationale de santé.

A cet effet, plusieurs agrégats et indicateurs couvrant l'ensemble du système de santé ont pu être calculés et analysés de façon exhaustive, offrant ainsi aux décideurs une plus grande visibilité sur les actes à poser.

Ainsi, le présent document issu de l'exercice des CNS 2005 répertorie l'ensemble des flux financiers, des sources de financement aux fonctions (soins) en passant par l'Etat et les prestataires.

Ces données, qui seront d'un grand apport pour tous les acteurs mais aussi pour toute la communauté scientifique, feront l'objet d'une diffusion à grande échelle par le biais des Conseils Régionaux de Développement (CRD), points de presse, rencontres avec les secteurs public et privé et les partenaires techniques et financiers.

L'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé a mobilisé des ressources, tant humaines, matérielles que financières importantes. L'appui des partenaires au développement notamment l'Organisation Mondiale de la Santé, la Coopération américaine (Abt/USAID), la Coopération luxembourgeoise et l'Organisation des Nations Unies pour la Population (UNFPA) a été déterminant et mérite d'être salué.

L'implication de qualité de l'expertise locale est aussi source de considération et d'espoir pour l'avenir de notre cher Sénégal.

Mme Thérèse Coumba DIOP

Ministre de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique