



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE

RAPPORT DES COMPTES DE LA SANTÉ *2017/2021*

Décembre 2022

RAPPORT DES COMPTES DE LA SANTÉ *2017/2021*



SOMMAIRE	
SIGLES ET ABREVIATIONS	8
PRÉFACE	10
RESUME EXECUTIF	11
INTRODUCTION	13
I. CONTEXTE GENERAL	14
I.1. PRÉSENTATION DU SÉNÉGAL	14
I.2. PROFIL SANITAIRE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE	15
I.3. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET D’ACTION SOCIALE	17
I.4. PERFORMANCE DU SYSTÈME DE LA SANTÉ	19
II. CADRE DE COMPTABILITÉ DU SYSTÈME DES COMPTES DE LA SANTÉ	25
II.1. DÉFINITION, OBJET ET UTILITÉ DES COMPTES DE LA SANTÉ	25
II.2. DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DES CONCEPTS	26
III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE D’ELABORATION DES COMPTES DE LA SANTE 2017-2021	26
III.1. CADRE INSTITUTIONNEL DES CS AU SÉNÉGAL	26
III.2. COMITÉ DE PILOTAGE	26
III.3. COMITÉ TECHNIQUE	26
III.4. CHOIX MÉTHODOLOGIQUES	27
III.5. TRAITEMENT DES DONNÉES	30
III.6. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LE PROCESSUS DE COLLECTE ET DE TRAITEMENT DES DONNÉES	30

IV. RESULTATS D'ANALYSE DES DEPENSES DE SANTE DE 2017 À 2020	30
IV.1. VOLUME DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ	30
IV.2. ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ	31
IV.3. ANALYSE DES DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ	31
IV.4. ANALYSE DES DÉPENSES D'INVESTISSEMENT	40
IV.5. FORMATION ET RECHERCHE EN SANTÉ	42
V. PRINCIPAUX INDICATEURS	49
VI. ANALYSE DES DÉPENSES DES PROGRAMMES DE SANTÉ	51
VI.1. DÉPENSES EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION (SR)	51
VI.2. DÉPENSES EN PLANIFICATION FAMILIALE (PF)	53
VI.3. DÉPENSES SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (SSP)	55
VI.4. DÉPENSES POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	56
VI.5. DÉPENSE COURANTE POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	58
VI.6. DÉPENSES POUR LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE	59
VI.7. DÉPENSES POUR LA LUTTE CONTRE LA COVID-19 EN 2020	61
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXES	65
COMITE D'ELABORATION	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Concepts clé des comptes de la santé	26
Tableau 2 : Sources des données des comptes de la santé	27
Tableau 3: Structure du financement de la santé par source (en %)	31
Tableau 4: Évolution des dépenses de santé sur la période 2017-2021	31
Tableau 5 : Structure des dépenses courantes par OS	40
Tableau 6 : Structure des dépenses d'investissement	40
Tableau 7 : Evolution des dépenses courantes en SR de 2017 à 2021	51
Tableau 8: Evolution des dépenses courantes en PF de 2017 à 2021	53
Tableau 9 : Évolution des dépenses courantes en soins de santé primaires par source	55
Tableau 10 : Evolution des dépenses courantes de santé en paludisme	57
Tableau 11 : Evolution des dépenses courantes de VIH/Sida	58
Tableau 12 : Répartition des dépenses de fonctionnement par facteurs de prestation en 2020	62

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Organisation administrative du système de santé et de l'action sociale</i>	18
<i>Figure 2 : Évolution du budget de MSAS de 2017 à 2022 (en milliards FCFA)</i>	24
<i>Figure 3 : Le cadre principal et élargi de comptabilité du SCS 2011</i>	25
<i>Figure 3 : Evolution de la structure des dépenses courantes selon la source</i>	32
<i>Figure 4 : Évolution de la structure des dépenses courantes selon les régimes</i>	33
<i>Figure 5 : Évolution de la structure des dépenses courantes par recettes des régimes</i>	34
<i>Figure 6 : Evolution de la structure des dépenses courantes par agents de financement</i>	35
<i>Figure 7 : Evolution de la structure des dépenses courantes par prestataires de soins de santé</i>	35
<i>Figure 8 : Evolution de la structure des dépenses courantes par facteurs de prestation</i>	36
<i>Figure 9 : Évolution de la structure des dépenses courantes par fonction de soins</i>	37
<i>Figure 10 : Évolution de la structure des dépenses courantes par groupe de maladies</i>	37
<i>Figure 11 : Évolution de la structure des dépenses courantes selon l'âge</i>	38
<i>Figure 12 : Évolution de la structure des dépenses courantes selon le sexe</i>	39
<i>Figure 13 : Évolution de la structure des dépenses courantes par région</i>	39
<i>Figure 14 : Répartition des dépenses de formation de capital par sources</i>	41
<i>Figure 15 : Évolution de la structure des dépenses en formation de capital par prestataires</i>	41
<i>Figure 16 : Évolution de la structure des dépenses en formation de capital par maladies</i>	42
<i>Figure 17 : Évolution de la structure des dépenses de recherche et formation par sources</i>	42

<i>Figure 18 : Évolution de la structure des dépenses de recherche et formation par maladies.</i>	43
<i>Figure 19 : Évolution des dépenses courantes du ministère de la santé et de l'Action sociale (en millions FCFA) et leur poids dans les dépenses courantes de santé</i>	44
<i>Figure 20 : Évolution des dépenses des autres ministères (en millions FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes</i>	44
<i>Figure 21 : Évolution des dépenses courantes des collectivités territoriales (en millions FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes</i>	45
<i>Figure 22 : Évolution des dépenses courantes des entreprises (en millions FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes</i>	45
<i>Figure 23 : Évolution des dépenses courantes en assurances maladie par mécanismes (en millions FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes.</i>	46
<i>Figure 24 : Évolution des dépenses courantes des ménages (en millions FCFA) et leur part dans les dépenses courantes.</i>	47
<i>Figure 25 : Évolution des paiements directs des ménages (en milliards FCFA) et leur part dans les dépenses courantes de santé.</i>	47
<i>Figure 26 : Évolution des dépenses des ONG (en millions FCFA) et leur poids dans les dépenses courantes de santé.</i>	48
<i>Figure 27 : Structure des dépenses en santé de la reproduction par sources</i>	52
<i>Figure 28 : Structure des dépenses en santé de la reproduction par facteurs de prestation</i>	52
<i>Figure 29 : Structure des dépenses en PF par sources de financement</i>	54
<i>Figure 30 : Évolution des dépenses en PF par facteurs de prestation</i>	54
<i>Figure 31 : Évolution des dépenses courantes en SSP par facteurs de prestation</i>	56
<i>Figure 32 : Évolution de la structure des dépenses de paludisme par sources</i>	57
<i>Figure 33 : Évolution de la structure des dépenses de paludisme par facteurs de prestation</i>	57
<i>Figure 34 : Evolution de la structure des dépenses du VIH/SIDA par sources de financement</i>	58
<i>Figure 35 : Évolution de la structure des dépenses du VIH/SIDA par facteurs de prestation</i>	59
<i>Figure 36 : Évolution de la structure des dépenses courantes de tuberculose par sources</i>	60
<i>Figure 37 : Évolution de la structure des dépenses courantes de TB par facteurs de prestation.</i>	60
<i>Figure 38 : Répartition des dépenses de fonctionnement COVID-19 par sources en 2020</i>	61

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ANACMU	Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ARDAMO	Application pour la Remontée des Données de l'Assurance Maladie Obligatoire
ARV	Antirétroviral
ASPS	Alliance du Secteur Privé de la Santé
CNERS	Comité national d'éthique pour la recherche en santé
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CONGAD	Conseil des Organisations Non Gouvernementales d'Appui au Développement
CPN	Consultation Périnatale
CS	Comptes de la santé
CSRSD	Chef de Service Régionale de la Statistique et de la Démographie
CSS	Caisse de Sécurité Sociale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CT	Collectivité territoriale
CTE	Centre de traitement épidémiologique
DAGE	Direction Général de l'Administration et des Equipements
DMPA-SC	Dépôt-Provera en sous-cutané
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicaments
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DS	Districts sanitaires
EDS – C	Enquête Démographique et de Santé – Continue
ENSC	Enquête nationale de surveillance combinée des IST et du VIH/SIDA
EPS	Établissement Public de Santé
FA	Agents de Financement
FDAL	Fin à la défécation à l'air libre
FGA	Fond de Garanti Automobile
FL	Filariose Lymphatique
FP	Facteurs de Prestations
FS	Recettes des Régimes de Financement
HC	Fonction de Sante
HF	Régime de Financement
HP	Prestataire
IGV	Indigents et Groupes vulnérables
IPM	Institution de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
ISBLSM	Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages

LA	Ligne d'action
MCR	Médecin Chef de Région
MNT	Maladies non transmissibles
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MTN	Maladies tropicales négligées
ODD	Objectifs pour le Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONGIS	Organisation Non Gouvernementale Internationales basée au Sénégal
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
OS	Orientation Stratégique
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur brut
PNDSS	Programme National de Développement Sanitaire et social
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PRN	Programme de Renforcement de la Nutrition
PTF	Partenaire Technique et Financier
RGPHAE	Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage
RM	Région Médical
RSE	Responsabilité Sociétale d'Entreprise
SAP	Sociétés d'Assurance Privée
SCS	Système des Comptes de la Santé
SHA	System of Health Accounts ou Système des comptes de la santé en français
SIGFIP	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SPS	Structures Privées Sanitaires
SR	Santé de la Reproduction
SRMNIA-N	Santé de la reproduction maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et la nutrition
SRSD	Service régional de la statistique et de la démographie
SSP	Soins de Santé Primaires
TB	Tuberculose
TPC	Taux de Prévalence Contraceptive
UAEL	Union des Associations d'Élus Locaux
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus Immunodéficience Humaine

PRÉFACE

Les comptes de la santé (CS) constituent un outil précieux d'aide à la prise de décision et à la formulation de politiques de santé. Ils fournissent des informations précises sur l'origine des ressources allouées à la santé, les mécanismes par lesquels ces ressources sont mobilisées, les gérants de ces mécanismes et les différents types de ressources mobilisées pendant une période donnée. Cette description des flux financiers permet de mieux comprendre le rôle joué par les différents acteurs qui interviennent dans le financement de la santé notamment l'État, les collectivités territoriales, les structures d'assurance maladie, les ménages, les entreprises, les organisations non gouvernementales et les donateurs bilatéraux et multilatéraux.

Les comptes de la santé sont élaborés suivant la méthodologie du Système des comptes de la santé 2011 (SHA 2011). Leur institutionnalisation permet de renseigner périodiquement les indicateurs pour le suivi de l'atteinte des objectifs du Plan national de développement sanitaire et sociale (PNDSS), du Plan Sénégal Emergent (PSE) et du développement durable (ODD3).

Ce présent rapport 2017-2021, est produit en collaboration avec les différentes parties prenantes telles que le Ministère des finances et du budget, le Ministère de l'économie, du plan et de la coopération

à travers l'Agence nationale des Statistiques démographique (ANSD), l'Agence nationale de la Couverture Maladie universelle (ANACMU), le secteur privé, les partenaires techniques et financiers et la société civile.

Les résultats ont permis d'apprécier l'évolution des indicateurs sur les dépenses de santé pour mieux orienter l'allocation des ressources destinées à la santé.

Je remercie tous les acteurs qui ont contribué à ce travail plus particulièrement les partenaires au développement pour leur appui technique et financier dans la réalisation des CS 2017-2021.

Ainsi, j'invite toutes les parties prenantes du secteur de la santé à se l'approprier pour la mesure efficace de la couverture sanitaire universelle.

Dr Marie Khémesse NGOM NDIAYE
Ministre de la santé et de l'Action sociale



RESUME EXECUTIF

Ce rapport fait une analyse descriptive des dépenses de santé pour la période de 2017 à 2021 basée sur la relation triaxiale « consommation », « fourniture » et « financement ». Il est produit selon la nouvelle méthodologie du système des comptes de la santé ou en anglais System of Health Accounts (SHA) 2011.

Le financement du système de santé au Sénégal est assuré par l'interventions de différents acteurs du public et du privé (y compris les ménages) ainsi que du reste du monde (majoritairement constitué des Partenaires techniques et financiers (PTF)).

Les Dépenses totales de Santé (DTS) du secteur de la santé s'élèvent à 552,0 milliards en 2017 soit 4,5% du PIB, 600,5 milliards en 2018, soit 4,7% du PIB, 704,5 milliards en 2019, soit 5,1% du PIB, 850,9 milliards en 2020, soit 6,0% du PIB et 833,1 milliards en 2021, soit 5,5% du PIB.

Les dépenses courantes de santé représentent 507,7 milliards en 2017, 569,4 milliards en 2018, 616,4 milliards en 2019, 726,3 milliards en 2020 et 691,1 milliards en 2021 représentant respectivement 92,0%, 94,8%, 87,5%, 85,4% et 83,0% des dépenses totales de santé.

Quant aux dépenses en capital, elles sont de 44,2 milliards en 2017, de 31,0 milliards en 2018, de 88,0 milliards en 2019, de 124,4 milliards en 2020 et de 141,9 milliards en 2021 soit respectivement 8,0%, 5,2%, 12,5%, 14,6% et 17,0% des dépenses totales de santé.

Durant la période de 2017 à 2021, les principales sources de financement sont les ménages, le reste du monde et l'Administration publique. En effet, les dépenses des ménages représentent en moyenne 45,8% des dépenses totales de santé. Celles du reste du monde sont évaluées en moyenne à 24,6% des dépenses totales. Quant à l'Administration publique ses dépenses se situent à 21,6% en moyenne.

Rapportée aux dépenses courantes de santé, la part des ménages est évaluée à 51,6%, celle de l'Administration publique à 21,2% et du Reste du monde à 19,3% en moyenne sur la période.

Les dépenses courantes de santé sont en grande partie orientées vers les détaillants et autres prestataires de biens médicaux (officines). En effet, les dépenses gérées par les officines s'élèvent à 186,5 milliards de francs CFA, soit 36,7% des dépenses courantes de santé en 2017, 196,6 milliards, soit 34,5% en 2018, 215,0 milliards, soit 34,9% en 2019, 230,4 milliards soit une part de 31,7% en 2020 et 250,6 milliards, soit 36,3% en 2021.

La structure des paiements directs est constituée principalement des dépenses en médicaments. En 2017, la part des médicaments évalué à 141,6 milliards, 156,1 milliards en 2018, 169,8 milliards en 2019, 172,9 milliards en 2020 et 182,3 milliards en 2021 soit respectivement 57,1%, 56,8%, 56,5%, 57,3% et 57,3% des paiements directs.

Les dépenses courantes pour les soins de santé des enfants de 0-5 ans représentent 14,2% en moyenne des dépenses courantes. Celles consacrées aux personnes du troisième âge (60 ans et plus) ont connu une légère augmentation ; de 36,7 milliards en 2017, elles sont passées à 80,5 milliards en 2020 et à 51,2 milliards en 2021, soit respectivement 7,2%, 11,1% et 7,4% des dépenses courantes de santé.

Les dépenses courantes effectuées par les structures offrant des services de santé sont composées essentiellement de l'achat de fournitures de biens et services (28,7% en moyenne), et des rémunérations des employés (36,0% en moyenne).

Les dépenses courantes de santé sont plus orientées vers (i) les maladies non transmissibles avec 191,7 milliards en 2017, 215,7 milliards en 2018, 245,4 milliards en 2019, 258,1 milliards en 2020 et 256,9 milliards en 2021, (ii) les maladies infectieuses et parasitaires avec 86,9 milliards en 2017, 107,9 milliards en 2018, 113 134 milliards en 2019, 196,1 milliards en 2020 et 146,4 milliards en 2021 et (iii) celles liées à la santé de la reproduction avec 73,7 milliards en 2017, 74,6 milliards en 2018, 100,6 milliards en 2019, 70,2 milliards en 2020 et 93,2 milliards en 2021.

Les dépenses en capital sont constituées essentiellement d'infrastructures (52,3% en moyenne) et de machines et équipements (47,6% en moyenne) de 2017 à 2021.

Les dépenses en soins de santé primaires (SSP), évaluées à 69,5% en moyenne des dépenses courantes, sont plus orientées vers l'achat de médicaments à hauteur de 43,5%. Les ménages constituent la principale source de financement des SSP avec une part de 55,9% en moyenne, suivi des partenaires techniques et financiers avec 23,9% et de l'administration publique 15,2%.

INTRODUCTION

Les comptes de la santé (CS) font une description des flux financiers liés à la consommation de biens et services de santé. Ils visent principalement à décrire le système de santé du point de vue des dépenses. Une des priorités premières est de développer des données fiables en temps voulu qui sont comparables entre pays et dans le temps. Ils constituent ainsi un outil puissant d'aide à la prise de décision.

Leur production est encadrée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui met à la disposition des pays un support méthodologique et des outils spécifiques de production et d'analyse des CS.

Au Sénégal, l'élaboration des comptes de la santé a débuté en 2005 avec la méthodologie du Système des Comptes de la Santé 1.0 (SCS 1.0). Le pays a élaboré cinq exercices suivant cette première approche. Depuis 2013, ils sont régulièrement produits à partir de la nouvelle méthodologie du Système des Comptes de la Santé 2011 (SCS 2011). Cette dernière offre (i) une couverture plus complète de la classification fonctionnelle dans des domaines tels que la prévention et les soins de longue durée, (ii) une situation plus concise de l'univers des prestataires de soins de santé, avec des liens plus étroits avec les classifications types des industries et (iii) une approche précise pour le suivi des financements du secteur de la santé par l'utilisation de nouveaux systèmes de classification des financements.

Ce présent rapport retrace les résultats sur les dépenses consenties par le pays durant la période de 2017 à 2021 suivant les trois dimensions à savoir le financement, la fourniture et la consommation de biens et services de santé.

Le rapport s'articule autour de quatre grandes parties que sont le contexte général, le cadre de comptabilité du système des comptes de la santé, la démarche méthodologique, l'analyse des principaux résultats sur les dépenses de santé de 2017 à 2021 et les recommandations.

I. CONTEXTE GENERAL

I.1. PRÉSENTATION DU SÉNÉGAL

La République du Sénégal est laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens, sans distinction d'origine, de race, de sexe, de religion. Elle respecte toutes les croyances. La langue officielle de la République du Sénégal est le Français. Les langues nationales sont le Diola, le Malinké, le Pular, le Sérère, le Soninké, le Wolof et toute autre langue nationale qui sera codifiée.

La devise de la République du Sénégal est : « Un Peuple – Un But – Une Foi ».

Le drapeau de la République du Sénégal est composé de trois bandes verticales et égales, de couleur verte, jaune et rouge. Il porte, en vert, au centre de la bande jaune, une étoile à cinq branches.

La loi détermine le sceau et l'hymne national. Le principe de la République du Sénégal est : gouvernement du peuple par le peuple et pour le peuple.

I.1.1. Situation géographique

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Il couvre une superficie de 196 712 km² avec une façade maritime occidentale de plus de 700 km. Il est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par la République du Mali, au Sud par la République de Guinée et la République de Guinée Bissau, et à l'Ouest par l'océan atlantique. La République de Gambie constitue une enclave de 25 km de large et de près de 300 km de long à l'intérieur du territoire sénégalais. Le relief est plat et peu élevé dans l'ensemble du territoire. Le climat est de type tropical sec et caractérisé par une saison sèche et une saison des pluies.

I.1.2. Situation administrative

Le Sénégal a opté pour une politique de déconcentration administrative avec un découpage en 14 régions, 46 départements et 127 arrondissements¹.

Il met également en œuvre une politique de décentralisation progressive et irréversible avec 602 Collectivités Territoriales (43 départements/CT, 559 communes dont 5 villes).

La loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013, portant « Acte III de la Décentralisation » a introduit la communalisation intégrale, supprimé la région comme Collectivité Locale et érigé le département en Collectivité locale. Avec cet approfondissement de la décentralisation, l'État du Sénégal a définitivement opté pour la territorialisation des politiques publiques, pour asseoir des territoires viables et compétitifs, porteurs d'un développement durable. À ce titre, ces Collectivités Locales, devenues Collectivités Territoriales par la loi n° 2014-19 du 24 avril 2014, sont dotées de compétences transférées dans neuf domaines, dont celui de la santé. Chaque Collectivité Territoriale est dirigée par un maire élu au suffrage universel direct.

La capitale du Sénégal, Dakar, est en même temps la capitale de la région du même nom, presque île de 550 km² située à l'extrême Ouest du pays.

I.1.3. Données démographiques

La population du Sénégal est estimée en 2017 à 15 256 346 habitants. Avec un taux de croissance annuel moyen de 3,1% sur la période, elle est passée à 17 215 433 habitants en 2021. L'accroissement relativement élevé de la population est expliqué par une natalité toujours élevée (taux brut de natalité 35,8‰), un indice synthétique de fécondité à 4,9 et une mortalité globale en constante baisse passant de 7,3‰ en 2017, à 6,4‰ en 2021 (ANSD).

La densité moyenne de la population est de 87 habitants au km². Toutefois, il existe une forte disparité dans la répartition de la population entre les 14 régions administratives du pays. Les régions les plus peuplées sont Dakar, Thiès et Diourbel avec respectivement 22,9% ; 12,9% ; et 11,1% de la population totale. À l'opposé, les régions septentrionales et orientales du pays se caractérisent par la faiblesse de leur population : la région de Kédougou est la moins peuplée avec 1,1% de la population totale, tandis que celle de Tambacounda, qui représente la région la plus vaste (21,5 % de la superficie

nationale), ne compte que 5,3% de la population du pays.

La répartition de la population selon les groupes d'âges indique des taux de 16,4%, pour les moins de cinq ans, 25,3% pour la tranche d'âge 5 - 14 ans, 47,6% pour celle comprise entre 15 -49, pour la tranche d'âge 50-59 ans 5, 2% et 5,6% pour les soixante ans et plus. La population est très jeune, environ 60,9% étant âgée de moins de 25 ans.

Les femmes représentent 50,2% en 2021 et le nombre de femmes en âge de procréer est passé de 3 687 930 en 2017 à 4 148 781 en 2021, représentant respectivement 48,2% et 48,0% de la population féminine.

I.1.4. Situation économique

Sur la période de 2017-2020, il a été noté une contraction de la croissance économique en dépit de la maîtrise de l'inflation au regard des critères de convergence de l'UEMOA. En effet, le taux de croissance du Produit intérieur brut (PIB) est passé de 7,4 % en 2017 à 6,2 % en 2018, 4,6% en 2019 et 1,3% en 2020. Le PIB nominal est évalué à 12 192 milliards FCFA en 2017, à 12 840 milliards FCFA en 2018, 13 710 milliards FCFA en 2019 et à 14 101 milliards en 2020. L'inflation est relativement faible, passant de 0,6 % en 2017 à 1,5 % en 2020. Le PIB par habitant est passé de 799 mille FCFA en 2017 à 844 mille FCFA en 2020. L'investissement est passé de 29,6 % du PIB en 2017 à 35% en 2020 et le déficit du solde de la balance des biens et services s'est détérioré de 943 milliards.

Les recettes budgétaires ont progressé régulièrement entre 2017 et 2020, passant de 2377 milliards à 2 843 milliards. Les dépenses gouvernementales ont également augmenté sur la période, passant de 2 739 milliards à 3 746 milliards, représentant respectivement 22,5 % et 26,6 % du PIB.

L'évolution des prix à la consommation, mesurée par l'Indice national des Prix à la Consommation, est relativement faible, passant de 1,9 % en 2017 à 2,5 % en 2020, respectant le critère de 3 % de l'UEMOA sur l'inflation, en liaison avec la hausse des taxes nettes sur les produits. L'évolution des prix des services de santé est relativement modérée, se situant à 0,6 % en 2017 et 0,8 % en 2020.

I.2. PROFIL SANITAIRE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Le secteur de la Santé reste marqué par une transition épidémiologique avec l'émergence de maladies à potentiel épidémique, la recrudescence des maladies non transmissibles et la persistance des maladies endémiques (Paludisme, Tuberculose et VIH/Sida).

L'État a mis en œuvre des politiques d'accès universel aux soins (la couverture maladie universelle), d'autonomisation des groupes vulnérables (carte d'égalité des chances) et de densification de l'offre de soins surtout en milieu rural.

Malgré les progrès notables enregistrés, la situation sanitaire et sociale au Sénégal reste caractérisée par des taux de mortalité néonatale, infanto-juvénile et maternelle qui ont baissé ces dernières années mais restent encore élevée par rapport aux objectifs fixés.

Le taux de mortalité néonatale est passé de 28‰ naissances vivantes en 2017 à 21‰ en 2019. La mortalité infanto-juvénile est passée de 56‰ en 2017 à 37‰ en 2019. Quant au ratio de la mortalité maternelle, il est encore élevé au regard de l'ODD3.1 avec 236/100.000 naissances vivantes en 2017 (EDS 2019).

Dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles, les données montrent que, pour le Paludisme, la morbidité proportionnelle a connu une hausse entre 2017 et 2018 passant de 3,3% à 4,8% en raison de la discontinuité de l'offre de services et des interventions de prévention causée par les mouvements de grève des prestataires. Elle est redescendue à 3,0% en 2019 avant de s'établir à 3,9% en 2021. La mortalité proportionnelle palustre a connu la même tendance avec des taux de 1,7% en 2017, 3,5% en 2018, 1,5% en 2019, 2,1% en 2020 et 1,9% en 2021. La prévalence du paludisme est de 0,4% en 2017, cet indicateur n'a pas été mesuré dans les EDS continues des années 2018 et 2019.

L'épidémie du SIDA est d'ampleur modérée et en déclin dans le pays. Les dernières estimations du Spectrum 2021 montre une baisse progressive de la prévalence chez les 15 -49 ans depuis 2005 passant de 0,75% à 0,32%. Au Sénégal, 0,4% des femmes et 0,3% des hommes de 15 -49 ans sont positifs au VIH (Spectrum, ONUSIDA 2021).

Concernant la Tuberculose, les données épidémiologiques ont montré une augmentation du taux de succès thérapeutique, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués. Les nouveaux cas et récurrences sont de 89% en 2021 pour une cible attendue de 90% soit un gap de 1%. Le taux de détection des nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues a toutefois baissé passant de 95% en 2020 à 93,30% en 2021.

Les Maladies tropicales négligées (MTN) persistent bien que d'énormes efforts aient été réalisés. Au Sénégal, cinq (5) MTN à chimiothérapie préventive de masse ont été ciblées en 2020. Il s'agit de la filariose lymphatique (FL), de l'onchocercose, de la schistosomiase, de la géo-helminthiase et du trachome. En 2021 ; 3097336 personnes ont reçu au moins un traitement dont :

- 1 072 547 pour la FL ;
- 1 332 359 pour la schistosomiase et géo-helminthiase ;
- 291 462 pour l'onchocercose.

En résumé, le nombre de personnes exposées et ayant besoin de traitement pour les MTN a globalement diminué entre 2016 et 2020.

Les Maladies non transmissibles (MNT) constituent une autre préoccupation du secteur de la santé du fait de la progression constante du nombre de personnes affectées. Il s'agit notamment de l'hypertension artérielle, du diabète, de l'insuffisance rénale et du cancer. Elles représentent 30% des dépenses en santé et sont responsables de 34% des décès au Sénégal. (PNDSS 2019-2028)

I.2.1. Situation épidémiologique de la Covid-19

L'année 2020 a été marquée par la pandémie de la Covid-19. Le Sénégal a enregistré son premier cas de Covid-19, le 2 mars 2020. Depuis cette date, le pays est entré dans une phase de riposte, consécutive à une phase de préparation qui a démarré en janvier 2020. La multisectorialité, avec l'implication forte de divers départements ministériels, des acteurs de la société civile, du secteur privé et des collectivités territoriales a été le fait majeur dans le cadre de la riposte et a permis de mobiliser des ressources conséquentes.

Le début de l'année 2021 a été marqué par une recrudescence des cas de Covid-19 au Sénégal. À la date du 31 décembre 2021, le pays a enregistré un cumul de 75 055 cas pour un taux de guérison de 97% contre 19 364 cas en 2020 pour un taux de guérison de 90%. De nouvelles stratégies ont été adoptées en 2021 (en plus de celles de 2020) dans le cadre de la politique de résilience. Il s'agit de l'introduction des Tests de Diagnostic Rapide (TDR), de la vaccination, de la mise en place de zones tampons pour désengorger les CTE, la prise en charge à domicile des cas, le paramétrage des appareils *GenXpert* pour la réalisation des tests PCR Covid-19.

I.2.2. Profil du financement de la santé

Le Sénégal s'est engagé à mettre en œuvre un ensemble de leviers visant à garantir une transition progressive vers la CSU. Cet engagement est fondé sur la recherche d'une combinaison de différents mécanismes de financement et de gouvernance de la santé pour améliorer la disponibilité des services, réduire le paiement direct et élargir la couverture du risque maladie sur une plus large population en tenant compte en particulier des populations vulnérables pour des raisons d'équité.

La couverture universelle implique donc la mise en place d'un système de financement de la santé optimal pour promouvoir et soutenir la santé et rendre meilleur l'accès aux services de santé (promotion, prévention, traitement et rééducation).

A cet effet, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a élaboré une Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour tendre vers la couverture sanitaire universelle en 2017.

La SNFS s'inscrit dans la démarche globale du Plan Sénégal Emergent (PSE) et, sur la base d'une analyse approfondie des défis majeurs auxquels est confronté le système de santé, a défini quatre orientations stratégiques (OS) pour résoudre la problématique du financement de la santé. Chacune des OS a été déclinée en lignes d'actions (LA) comme suit :

OS1. L'amélioration effective de la disponibilité de services de santé de qualité

- LA1 : la densification et démocratisation de l'offre de services de santé,
- LA2 : l'amélioration de la qualité des services,
- LA3 : la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et produits essentiels de qualité

OS2. L'extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie

- LA1 : L'extension progressive de la couverture au secteur informel et au monde rural,
- LA2 : L'affiliation de la grande majorité des indigents aux régimes de couverture,
- LA3 : L'unification des mécanismes de gouvernance des régimes de couverture ;

OS3. Le renforcement des interventions multisectorielles à haut impact sur la santé

- LA1 : L'application de mesures dissuasives et promotion d'initiatives sur les déterminants comportementaux,
- LA2 : La promotion d'initiatives dissuasives sur les déterminants environnementaux ;
- OS4. La mobilisation accrue des ressources financières pour tendre vers la CSU :
- LA1 : Rationalisation de l'utilisation des ressources,
- LA2 : Augmentation substantielle de la contribution de l'Etat et de ses démembrements au financement de la santé,
- LA3 : Développement de stratégies de financement innovantes,
- LA4 : Mobilisation du financement extérieur.

Pour assurer une mise en œuvre réussie de la SNFS, des mesures phares et projets prioritaires ont été identifiées pour opérationnaliser les lignes d'action. Un dispositif institutionnel a également été défini, comprenant un comité de pilotage et une cellule d'économie de la santé en charge du suivi et de l'évaluation de la feuille de route par orientation stratégique.

Par ailleurs un plan de suivi et d'évaluation a été élaborée, les indicateurs de suivi et la période d'évaluation pour mesurer la progression vers la CSU.

I.3. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET D'ACTION SOCIALE

Organisation des prestations de soins et services



Organisation administrative

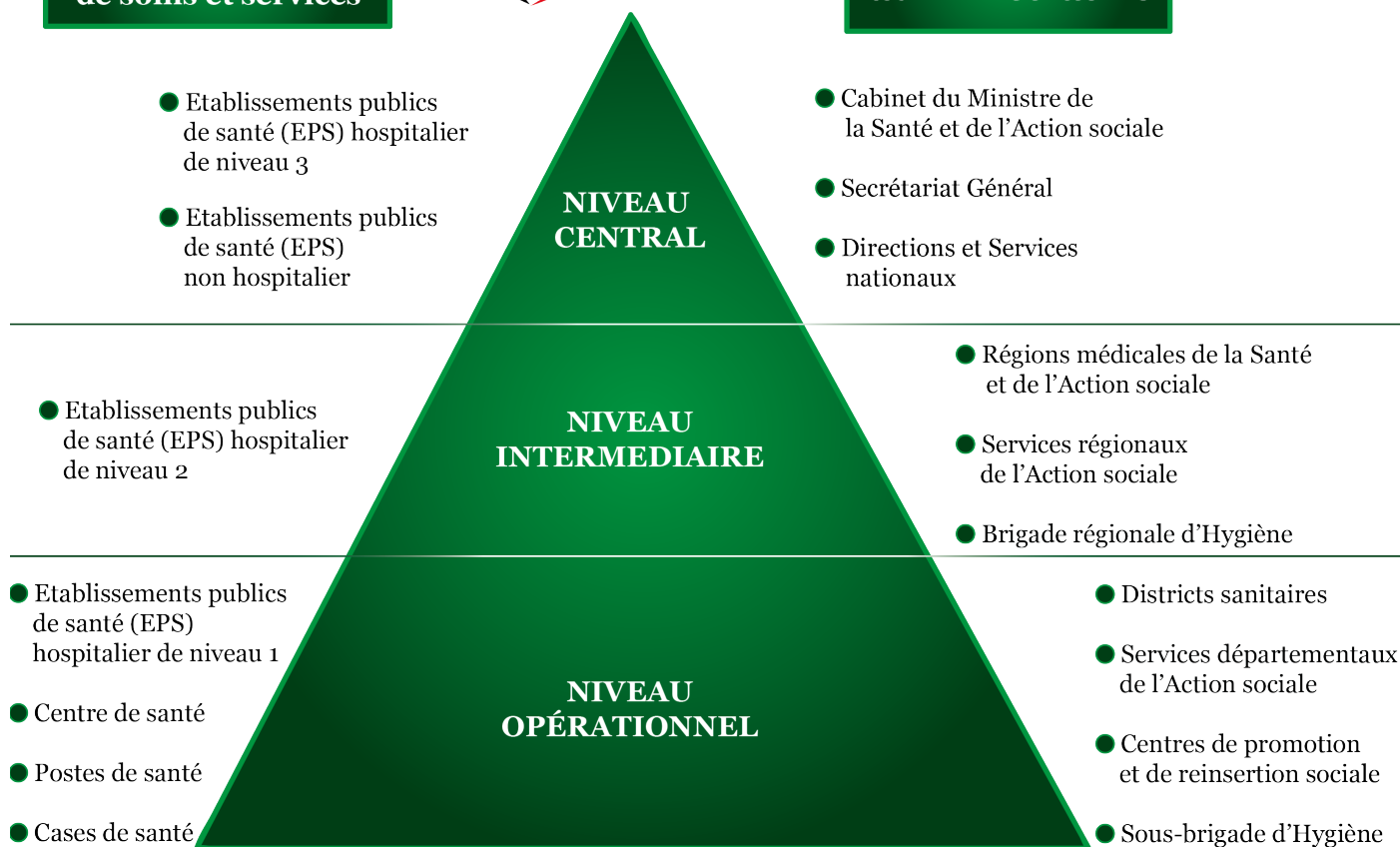


Figure 1 : Organisation administrative du système de santé et de l'action sociale

I.3.1. Organisation administrative

L'organisation du système de la santé et de l'action sociale est de type pyramidal, adossée au découpage administratif du pays.

Elle comprend :

- Un niveau central qui regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions générales, les Directions nationales, les services centraux rattachés, les Centres nationaux de Réinsertion sociale ;
- Un niveau intermédiaire qui regroupe les Régions Médicales, les Brigades régionales de l'Hygiène (BRH), les Services Régionaux de l'Action Sociale (SRAS) ;
- Un niveau périphérique avec les Districts Sanitaires, les Sous – Brigades de l'Hygiène, les Services départementaux de l'Action Sociale.

I.3.2. Organisation de l'offre de soins

L'offre publique de services de soins de santé compte plusieurs types de structures :

■ Les Établissements Publics de Santé (EPS)

Ils sont au nombre de quarante-quatre (44) dont 40 hospitaliers et 04 non hospitaliers. Les EPS hospitaliers sont structurés en trois niveaux : les EPS de niveau 1, les EPS de niveau 2 et les EPS de niveau 3. Ces derniers sont localisés uniquement dans deux régions (Dakar et Diourbel) néanmoins chaque région dispose d'un EPS.

Parmi les EPS non hospitaliers, nous pouvons notamment distinguer le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) et la Pharmacie nationale d'Approvisionnement (PNA). Ce dernier dispose de services déconcentrés, appelés Pharmacies régionales d'Approvisionnement (PRA), au nombre de

dix (10), permettant ainsi de rapprocher le médicament aux points de prestations de service (PPS), (Rapport annuel de suivi de la carte sanitaire 2021).

■ Les districts sanitaires

Selon le Rapport annuel de suivi de la carte sanitaire 2021, le Sénégal compte 79 districts sanitaires, 110 centres de santé, 1531 postes de santé polarisant 2 283 cases de santé.

■ Les structures d'hygiène

Les structures d'hygiène sont composées de : 14 Brigades Régionales de l'Hygiène qui épousent les contours territoriaux des régions ; 2 brigades spéciales d'hygiène à Touba et Tivaouane ; 61 Sous brigades d'hygiène logées au sein des districts sanitaires et 12 postes d'hygiène. Cependant, 17 districts sanitaires ne disposent pas de sous brigades d'hygiène.

■ Les structures de l'Action Sociale

Dans le domaine de l'Action sociale, l'offre est composée de : quatre (04) Centres nationaux de Réinsertion Sociale (CNRS) localisés dans les régions de Diourbel (Bambey), de Louga (Darou Mousty), Kaolack (Kaolack) et Ziguinchor (Bignona) ; 14 Services Régionaux de l'Action sociale (SRAS) ; 45 Services Départementaux de l'Action sociale (SDAS) ; 49 Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS).

■ Les structures privées de santé

Selon la situation de la Direction des établissements privés de santé, en 2021, le secteur privé de la santé compte 3 337 Structures privées sanitaires (SPS)² constituées de structures de soins, d'aide au diagnostic et de dispensation de médicaments et autres produits de santé.

Les structures privées de soins sont au nombre de 1 653 dont 03 hôpitaux, 37 centres de santé, 600 cabinets médicaux, 164 cliniques, 714 cabinets paramédicaux, 19 cliniques d'accouchement, 132 infirmeries d'entreprise et 116 postes de santé privés.

I.4. PERFORMANCE DU SYSTÈME DE LA SANTÉ

La performance du secteur est mesurée à travers les programmes du DPPD qui sont au nombre de quatre :

- Pilotage, coordination et gestion du secteur ;
- Santé de base ;
- Santé de référence ;
- Protection sociale.

I.4.1. Programme « pilotage, coordination et gestion du secteur »

Le programme « *Pilotage, Coordination et gestion du secteur* » a enregistré d'importantes réalisations parmi lesquelles la tenue des instances de coordination, l'élaboration de documents stratégiques, la signature de conventions et la mise en place de structures de prévention, de surveillance, de prise en charge et de riposte.

Sur la période 2017-2021, la régularité de la tenue des instances de coordination du PNDSS a contribué au renforcement du dispositif de pilotage du système de la santé. En effet, deux comités internes de suivi ont été tenus en 2021 ainsi que la revue annuelle conjointe. Une mission conjointe de supervision a été organisé sur les thèmes : maintenance des équipements et infrastructures dans la région de Matam et l'état des lieux de la mise en œuvre de la politique d'hygiène dans le secteur de la santé à Kaffrine.

Le système d'information sanitaire et sociale a enregistré une bonne performance sur la période (2017-2021). Cependant, des améliorations doivent être apportées autant dans la qualité que dans l'exhaustivité des données du niveau communautaire, du secteur privé, des EPS, de la gestion des médicaments, des équipements et infrastructures, du service d'hygiène et de l'action sociale.

² Situation DEPrS 2021

Par ailleurs, les annuaires statistiques sanitaires de 2017 ; 2018 ; 2019 et 2020 ainsi que les rapports des comptes de la santé de 2014 ; 2015 et 2016 sont disponibles et publiés dans les plateformes du MSAS.

Pour une amélioration de la disponibilité des ressources humaines en santé et action sociale, le MSAS a procédé à des recrutements. Ainsi, 558 agents ont été contractualisés, portant l'effectif du personnel contractuel à 3310. De plus, 627 agents ont été recrutés par la Fonction publique. Parmi eux, 520 agents, soit les 83%, ont été destinés aux localités abritant les nouveaux hôpitaux (Kaffrine, Kédougou, Sédhiou et Agnam). En outre, l'appui des partenaires au développement a permis de recruter 905 agents dont 40 médecins, 400 infirmiers d'État, 400 sages-femmes, 18 pharmaciens, techniciens biologistes, techniciens en maintenance hospitalière et nutritionnistes destinés à résorber les gaps identifiés dans les régions de Kaffrine, Kédougou, Kolda, Sédhiou, Tambacounda et Ziguinchor (rapport de performance MSAS 2021).

La situation de l'exécution du budget du MSAS s'est améliorée de 80,5% en 2017 à 94,9% en 2020 et de 95,3% en 2021. Cette évolution de 0,4% s'explique par l'amélioration des capacités des acteurs sur le processus d'exécution du budget et par la prise en compte des recommandations issues du rapport d'exécution du budget 2020. (Rapport de performance MSAS 2021).

Le taux de disponibilité des médicaments et produits essentiels traceurs a connu une hausse, passant de 76,0% en 2017 à 81,3% en 2020 et 90,6% en 2021 en raison de l'augmentation du montant des achats qui est passé de 6 245 000 000 FCFA en 2017 à 22 325 966 842 FCFA en 2020.

Dans le domaine des infrastructures, pour rappel, l'année 2020 a été marquée par le gel de l'exécution des travaux de construction en raison des mesures restrictives édictées dans le cadre de la lutte contre la Covid-19. Seuls les travaux relatifs à la mise en place des Centres de traitement des épidémies (CTE) ont été exécutés. L'année 2021 a vu la finition des travaux des centres hospitaliers de Kaffrine, Kédougou, Sédhiou ayant chacun une capacité de 150 lits et de Touba (CHU Cheikhoul Khadim) qui compte 300 lits.

Concernant les équipements, d'importantes acquisitions ont été faites en : oxygénothérapie, aide au diagnostic, laboratoire, bloc opératoire, SAU, dialyse, buanderie et secours électrique et matériel informatique. Dans le cadre de la maintenance, le plan stratégique national de la maintenance des équipements médicaux et les plans régionaux de maintenance des zones nord (Matam, Saint-Louis et Louga) et centre (Fatick, Kaffrine, Diourbel et Kaolack) ont été élaborés. Trente-cinq (35) structures sanitaires (21 EPS, 3 régions médicales et 11 Centres de Santé) ont bénéficié de la gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO).

La logistique roulante a également été renforcée pour assurer la continuité des services de santé.

Pour le Service national de l'Hygiène (SNH), l'acquisition des moyens déployés en 2020 a joué positivement sur l'efficacité des interventions notamment dans le suivi, la supervision, la tenue de réunions d'évaluation et de réorientation des activités mais surtout la sensibilisation des populations sur la Covid-19 et la satisfaction de leurs réclamations en matière d'hygiène et de salubrité.

En 2021, un des deux thèmes de la mission conjointe de supervision nationale a porté sur l'état des lieux sur la mise en œuvre de la politique d'hygiène dans le secteur de la santé. Les résultats de cette mission qui s'est déroulée dans la région de Kaffrine ont été partagés lors du second Comité Interne de Suivi (CIS) tenu en décembre 2021. Cette activité a contribué en partie à améliorer les performances : 275 villages ont été enrôlés et 200 ont atteint la Fin à la défécation à l'air libre (FDAL). Ainsi, la proportion de villages ayant atteint le statut FDAL est de 75% pour une cible fixée à 70%.

Concernant la recherche en santé, au 31 décembre 2021, le comité national d'éthique pour la recherche en santé a reçu et examiné 104 protocoles de recherche et 5 amendements.

En 2021, le montant total des budgets mobilisés par les chercheurs s'élève à 9 438 674 940 FCFA, 98% provenant de l'extérieur. Toutefois, ledit fonds est inégalement réparti entre les différents types de recherche.

I.4.2. Programme « sante de base »

Au Sénégal, la mortalité maternelle a connu une nette régression mais demeure toujours élevée, passant de 392 à 236 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2010 et 2017 (EDS) soit une réduction de 39,8% du nombre total de décès maternels. De même, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 56 à 37 pour 1000 naissances vivantes entre 2017 et 2019 (EDSc). Il est attendu selon l'ODD 3, d'ici 2030 que le taux de mortalité maternelle au niveau mondial passe en dessous de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et celui infanto-juvénile à moins de 25 pour 1000 naissances vivantes. Ainsi des progrès importants ont été certes réalisés, cependant des efforts restent à faire pour atteindre les ODD.

Selon les données de la plateforme DHIS2, le taux d'achèvement en Consultation Périnatale (CPN) est passé de 58,6% en 2017, à 65,4% en 2020 et 62% en 2021 soit une évolution de 6,8 points. Toutefois une baisse de 6,6 points a été constatée entre 2017 (58,6%) et 2018 (52%). Le bond constaté sur la période 2017-2020 est dû au renforcement de la communication mettant l'accent sur l'importance de la continuité de services SRMNIA-N et du suivi rapproché des programmes. Cependant la cible de 70% attendue en 2020 n'est pas atteinte. Cet écart pourrait s'expliquer d'une part par le non-respect des rendez-vous imputable au manque de moyens financiers et d'autre part par l'inaccessibilité géographique et le manque de communication inter personnelle entre le prestataire et la cliente.

La proportion des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié a connu une tendance haussière, passant de 65% en 2017 à 96,3% en 2020 grâce aux stratégies développées en 2019 et renforcées en 2020. Il s'agit entre autres : (i) du passage à l'échelle des soins humanisés pour le renforcement de l'offre de service d'accouchement de qualité, avec la formation de prestataires qualifiés, (ii) du renforcement des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) à travers la mise en place d'un réseau SONU, (iii) du renforcement de l'équipement des maternités et de la disponibilité des produits d'importance vitale pour la santé de la mère et du nouveau-né, (iv) du renforcement des activités de communication, (v) du renforcement de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en instituant les audits des décès maternels et néonataux. Toutefois, un gap de 3,7 points a été noté relativement à la cible attendue (100 %) en 2020.

Le taux de prévalence contraceptive (TPC) a baissé, passant de 26% en 2017 à 25,5 % en 2019 (EDS). Ce taux est suivi à travers l'EDSC et ce dernier n'est pas encore disponible pour l'année 2020.

Dans l'optique d'atteindre le TPC de 45 % fixé en 2020, un focus a été mis sur la mise en œuvre du plan d'accélération en plus des interventions à haut impact pour la résorption des besoins non satisfaits (BNS). Il s'agit de la planification post-partum (PFPP), l'identification Systématique des Besoins de la Cliente en PF (ISBC/PF) et la DMPA-SC en auto-injection.

Selon l'enquête nationale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle et la résilience (ENSAN-R), l'indicateur « Pourcentage d'enfants de moins de 05 ans atteint de malnutrition aigüe sévère » est passé de 7,8% en 2018 et 8,1% en 2019.

En dépit de la pandémie de la Covid-19, la cible de 90% de 2020 concernant la couverture en Penta3 a été atteinte.

L'incidence de la rougeole est passée de 5/1 000 000 en 2019 à 12/1 000 000 en 2020 et 10,8/1 000 000 alors que l'objectif était de moins 1/1 000 000.

Pour le VIH, en 2020, le niveau d'atteinte de la cible des trois 90 est de 88-89-84% comparativement à 71-54-19% pour 2017 avec des innovations du programme tel que l'utilisation des autotests.

Les différentes missions de suivi pour la continuité des services en situation Covid-19 et la bonne disponibilité des intrants ont permis d'avoir un bon taux de succès thérapeutique de la TB passant de 68% en 2019 à 90,3% en 2020.

En 2020 le renforcement de la disponibilité des tests de diagnostic rapide (TDR) paludisme à tous les niveaux a permis malgré le contexte de la pandémie de la Covid-19 de maintenir à plus de 99% la performance liée au diagnostic des cas de paludisme. Néanmoins entre 2019 et 2020 le taux de réalisation des tests a connu une légère baisse de 0,1% passant de 99,8% en 2019 à 99,7% en 2020.

Une hausse de 21,8% de l'incidence palustre a été notée ainsi qu'une baisse de 1,8% des cas graves entre 2019 et 2020.

Concernant l'assainissement, la proportion de villages ayant atteint le statut FDAL est passée de 69,2% à 60% entre 2019 et 2020.

Les proportions de domiciles ayant un dispositif de lavage des mains et de domiciles traitants et conservant bien l'eau de boisson, même si elles sont toujours en deçà de l'objectif commun de 80%, ont évolué entre 2019 et 2020 (respectivement de 48% à 59% et de 58% à 62%)

Pour le niveau de couverture des visites domiciliaires, seules 279 166 concessions sur un total de 1 417 941 (soit 20%) ont pu être visitées du fait du déficit criard en personnel.

Pour le Programme élargi de vaccination (PEV), toutes les régions ont atteint l'objectif de 90% pour le Vaccin poliomyélite oral (VPO) et Penta sauf celle de Ziguinchor. Cette même tendance était observée pour le Vaccin inactivé contre la poliomyélite (VPI) et le vaccin anti – amiral (VAA).

Pour la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV), la performance d'au moins 90% n'a été obtenue aussi bien pour la première que la deuxième dose que par la région de Kaffrine.

Dans la lutte contre le cancer, la proportion de centres de santé offrant des services de dépistage et de prise en charge de lésions précancéreuses du col de l'utérus conformément aux normes et protocoles est de 32% en 2020 pour un objectif de 35%.

La durée moyenne de rupture des médicaments et produits traceurs est de 12 jours en 2018 et 20 jours en 2020 soit une augmentation de 8 jours. On estime en 2019 à 33% et en 2020 à 19% la proportion de médicaments et produits traceurs ayant connu une rupture, soit une baisse de 14 points. Cette rupture est due à la limitation des importations et exportations liée à la pandémie de la Covid-19.

En ce qui concerne la santé oculaire, 706 cas de cataracte ont bénéficié d'une intervention sur une cible de 1250 cas.

Dans le cadre du pôle Santé Mère-Enfant, outre le « taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié », et en référence aux résultats de la dernière EDS de 2019 (55,5%), nous notons pour 2021 et 2022 le même taux d'achèvement en CPN au Sénégal (55,5%) qui est inférieur à la cible attendue en 2021 qui est égale à 71,70%. Avec les données de routine enregistrées dans le DHIS2, le taux d'achèvement en CPN au Sénégal est de 68,5% aussi bien en 2020 qu'en 2021.

Au niveau national, la proportion d'enfants ayant la diarrhée et traités avec SRO/Zinc est de 95% aussi bien en 2020 qu'en 2021 pour un objectif de 95%. En 2021, les régions qui ont atteint l'objectif de 95% et plus sont au nombre de sept. Il s'agit des régions de Kédougou, Ziguinchor et Kaolack (98%) ; Saint-Louis (97%) ; Tambacounda, Thiès et Kolda (96%). Les sept autres ont des performances entre 91% 94%.

La répartition du taux de guérison à l'UREN des enfants de 6 à 59 mois présentant une MAS, montre une bonne performance de la prise en charge à l'UREN avec un taux de 81,5% au niveau national en 2021, dépassant l'objectif fixé (supérieur à 75%). En outre, une amélioration a été notée par rapport à 2020, passant de 78% à 81,5% soit une hausse de 3,5 points de pourcentage.

I.4.3. Programme « sante de référence »

Le programme « santé de référence » vise à améliorer l'offre de soins de qualité dans les structures sanitaires de référence. Le taux de fonctionnalité des équipements des services d'aide au diagnostic (laboratoire et imagerie) est passé de 85% en 2020 à 90% en 2021 sur une cible de 85%. Aussi, le Pourcentage de personnels qualifiés disponibles est de 56% en 2021 contre 53% en 2020 pour une cible à atteindre de 65% en 2021.

Le taux de disponibilité des documents contribuant à la bonne gouvernance concerne les budgets, les états financiers et les rapports de gestion des EPS. Il est de 66 % en 2020 et 33% en 2021. La cible qui était de 100% n'a pu être atteinte à cause de non disponibilité des états financiers et de certains rapports de gestion de 2021.

Le taux de disponibilité des médicaments et des produits de santé, de 83 % en 2020, est passé à 85 % en 2021 ce qui correspond à l'objectif fixé.

Le pourcentage du budget alloué à la maintenance des équipements reste toujours faible : 3% en 2019 et 4% en 2020. La cible qui était de 10% est loin d'être atteinte.

La Proportion de malades pris en charge aux urgences est passée de 98% en 2020 à 99% en 2021 pour une cible de 100%.

I.4.4. Programme « protection sociale »

à travers le programme « Protection sociale », le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) s'engage à améliorer l'accessibilité des populations sans discrimination de sexe aux services de santé et d'action sociale, en particulier pour les plus pauvres, les personnes handicapées et les groupes vulnérables.

L'analyse globale des résultats dans le secteur de la protection sociale montre des progrès notables. Ces progrès s'expliquent par le développement d'une dynamique partenariale au niveau local qui a boosté la réponse à la demande de prise en charge des soins coûteux des Indigents et Groupes vulnérables (IGV). Ainsi la proportion de personnes et de groupes vulnérables bénéficiaires d'activités génératrices de revenus est passée de 20% en 2019 à 27,8% en 2020 et à 28% en 2021. La mutualisation des ressources de plusieurs partenaires au niveau local et central a permis de satisfaire la demande en formation professionnelle et en financement de projets économiques sur l'ensemble du territoire.

Dans le domaine de l'assistance médicale et sociale, un protocole de partenariat pour la coordination et le pilotage des filets sociaux (MSAS/ANACMU/DGPSN) est acté depuis 2019 sur financement de la Banque Mondiale. Ce protocole est mis en œuvre par un plan d'action depuis 2020, permettant ainsi de renforcer le ciblage des IGV à travers un registre national unique (RNU) pour l'optimisation des ressources et la pérennisation des programmes.

Malgré les performances, des contraintes fondamentales subsistent notamment l'insuffisance des ressources (humaines, financières et logistiques) et la maîtrise des données de l'action sociale nécessitant par conséquent une série de renforcements de capacités des agents à tous les niveaux.

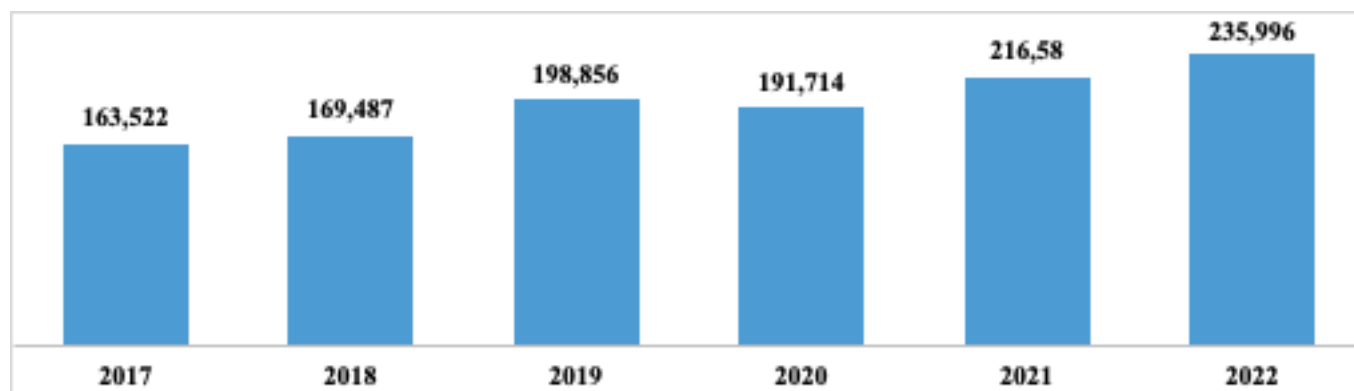
Concernant les personnes handicapées détentrices de carte d'égalité des chances (CEC) en 2021, nous notons 69 289 bénéficiaires sur 90 000 prévues, soit un taux de réalisation de 76,9% représentant un taux de couverture de 7% sur une cible de 10% de la population de personnes handicapées contre 64 728 en 2020 sur 80 000 prévues soit un taux de réalisation de 80,9% représentant un taux de couverture de 6,6% sur une cible de 10% de la population de personnes handicapées.

En 2021, 872 personnes nécessiteuses ont bénéficié d'appui aux soins coûteux dans les hôpitaux et centres de santé, 12 malades ont bénéficié d'appui en évacuation sanitaire à l'étranger soit un taux de satisfaction de 47%, inférieur à la cible (62 %). En 2020, l'appui à la prise en charge des soins coûteux pour les IGV a fait face à une demande, au plan national, sans cesse croissante. Ainsi, un taux de réalisation de 77,1% a été enregistré par rapport à une cible de 62%.³

I.4.5. Financement du secteur de la santé

■ Evolution du budget du ministère de la santé et de l'action sociale

Dans la période allant de 2017 à 2022, le budget du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale est passé d'un montant de 163 522 351 000 de francs CFA à 216 580 694 455 de francs CFA, soit une augmentation de 53 058 343 455 de francs CFA en valeur absolue (32% en valeur relative).



Source : DAGE/MSAS

Figure 2 : Évolution du budget de MSAS de 2017 à 2022 (en milliards FCFA)

Ce budget est en hausse régulière. Cependant, il accuse une faiblesse par rapport au taux d'engagement d'Abuja où des chefs d'Etat Africains en 2001 s'étaient accordés de le porter à 15%.

Relativement aux aspects budgétaires, la situation de l'exécution du budget du MSAS est à un niveau satisfaisant (94,92% en 2020 et 95,34% en 2021 hors budget personnel¹). Une évolution de 0,42 % est enregistrée entre 2020 et 2021. Les taux obtenus ces deux dernières années constituent une bonne performance et s'explique, entre autres, par la maîtrise du processus d'exécution du budget par les acteurs.

■ Cartographie des ressources du PNDSS 2019-2023

Les coûts budgétisés pour l'atteinte des objectifs du PNDSS 2019 - 2028, estimés à 3 969,7 milliards de Francs CFA, ont été déclinés par année, en fonction des orientations stratégiques et selon les attentes par rapport aux différentes sources de financement du secteur de la santé.

Ainsi pour la période 2019-2021, le budget nécessaire à la mise en œuvre du PNDSS a été évalué à 1024,1 milliards de FCFA.

La cartographie des ressources du PNDSS a permis d'estimer le montant des ressources effectivement mobilisées de 2019 à 2021 et attendues en 2022 et 2023. Selon les projections, de 2019 à 2023, le total des ressources du secteur se chiffre à 1 659,2 milliards de FCFA soit un taux de mobilisation des ressources de 93%.

■ Financement de la riposte contre la pandémie de la Covid-19

Dans le cadre de la riposte contre la pandémie de la Covid-19, des ressources importantes ont été mobilisées à partir du budget pour constituer un Fonds de Riposte contre la Covid-19 appelé FONDS FORCE-Covid-19. Ce fond a été renforcé par l'apport considérable d'autres sources domestiques constituées essentiellement de dons en numéraires et en nature provenant de particuliers, d'organisations professionnelles, d'ONG, du secteur privé, des collectivités territoriales, des autres démembrements de l'État et d'institutions de la République.

Les PTF et les chambres consulaires ont substantiellement contribué à la riposte. L'étude sur l'estimation des dépenses effectuées en riposte à la Covid-19 par la méthodologie SHA 2011 a montré de mars à décembre 2020, que le montant total des dépenses effectuées s'est élevé à 144,3 milliards de francs CFA dont 63,28% consacrées aux dépenses de fonctionnement, 34,28% aux dépenses d'infrastructure et d'équipement et 2,44% à la recherche en santé.

■ Contribution des CT au financement de la santé

Une étude menée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), en collaboration avec l'Union des Associations d'Élus Locaux (UAEL) et, avec l'appui de la Composante Renforcement du Système de Santé Plus (RSS+) du programme santé de l'USAID 2016-2021 a permis de documenter la contribution des collectivités territoriales (CT) au financement de la santé.

Ainsi, les régions de Dakar, Thiès, Fatick, Kaolack, Kaffrine, Louga et Ziguinchor ont financé la santé à hauteur de 42,6 milliards sur la période 2017-2020.

II. CADRE DE COMPTABILITÉ DU SYSTÈME DES COMPTES DE LA SANTÉ

II.1. DÉFINITION, OBJET ET UTILITÉ DES COMPTES DE LA SANTÉ

Les comptes de la santé (CS) sont un instrument de mesure des flux de ressources financières dans le secteur de la santé (de la source de financement au service fourni) d'un pays pendant une période définie.

Ils ont pour objectif de produire une information exhaustive et détaillée qui décrit le système de santé du point de vue des dépenses.

L'utilité des résultats des CS est d'informer les décideurs politiques et parties prenantes pour les inciter à plus d'action en faveur du secteur de la santé. Ils facilitent ainsi :

le suivi de la couverture maladie universelle à travers la contribution des régimes au financement des soins de santé (paiements directs des ménages, paiements directs sans partage de coûts, régimes contributifs obligatoires de financement de la santé, ...) ;

le suivi de la contribution de l'État dans le financement de la santé ;

le suivi des financements des différentes initiatives ;

l'analyse du gap de financement et de l'évolution des dépenses gouvernementales en santé ;

l'analyse des dépenses de santé selon les caractéristiques des bénéficiaires : maladie, sexe, âge, lieu de résidence ;

l'identification des affections qui consomment plus de ressources ;

l'analyse des dépenses selon les objectifs sectoriels du PNDSS;

le suivi des dépenses des PTF, du secteur privé, des ONG, des chercheurs,

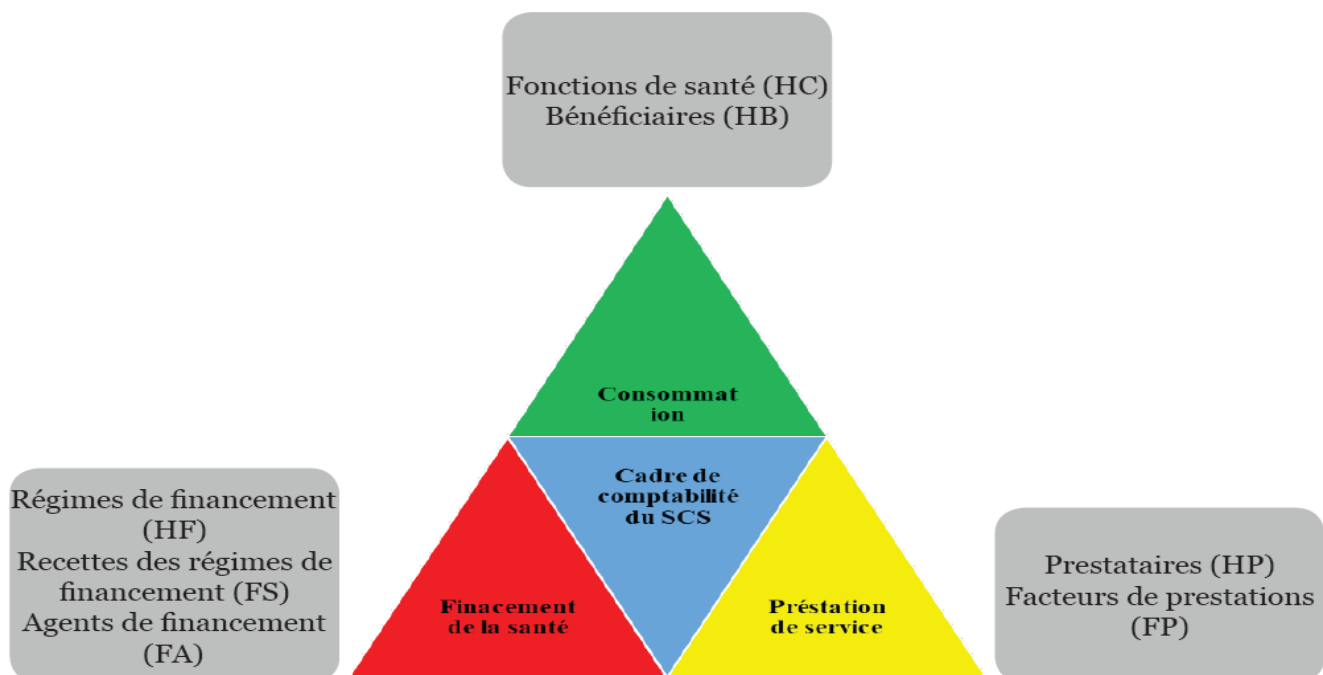


Figure 3 : Le cadre principal et élargi de comptabilité du SCS 2011

II.2. DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DES CONCEPTS

Tableau 1 : Concepts clé des comptes de la santé

Concepts	Définitions
Dépenses de santé	Elles englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de promouvoir la santé, prévenir les maladies, guérir les maladies, soigner les états de santé chroniques ou des personnes vivant avec un handicap, gérer des programmes de santé publique, l'assurance maladie et les soins palliatifs.
Dépenses courantes en santé	Ce sont les dépenses de consommation finale d'unités résidentes en biens et services de santé
Formation du capital	Elle est mesurée par la valeur totale des actifs fixes que les prestataires de santé ont acquis au cours de la période comptable (moins la valeur des cessions d'actifs) et qui sont utilisés de façon répétée ou continue pendant plus d'un an dans la production de services de santé.
Dépense totale de santé (DTS)	Elle est égale à la somme des dépenses courantes et des dépenses d'investissement
Paiements directs des ménages	Il s'agit de paiements directs pour des services prélevés sur la principale source de revenus ou sur l'épargne du ménage (aucun tiers payant n'est impliqué). Les paiements sont faits par le ménage au moment de l'utilisation des services
Agents de financement (FA)	Ce sont des unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financement
Régimes de financement (HF)	Ce sont les principaux dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé

III. DEMARCHE METHODOLOGIQUE D'ELABORATION DES COMPTES DE LA SANTE 2017-2021

III.1. CADRE INSTITUTIONNEL DES CS AU SÉNÉGAL

Les Comptes de la santé sont domiciliés à la Cellule d'Économie de la santé (CES) qui est sous la tutelle de la Direction de la Planification de la Recherche et des statistiques (DPRS). La CES a pour mission principale de coordonner toutes les études à caractères économiques. Elle appuie le président et le secrétariat à la bonne conduite des instances de pilotage pour la production des comptes de la santé : comité de pilotage et comité technique.

III.2. COMITÉ DE PILOTAGE

Il a pour rôle de garantir la crédibilité de l'exercice, de faciliter l'accès aux données et l'utilisation des résultats. Il est créé par arrêté ministériel et est présidé par le Secrétaire général du ministère en charge de la santé ou son représentant.

III.3. COMITÉ TECHNIQUE

La mise en œuvre du processus d'élaboration des CS est placée sous la responsabilité du Comité technique et sous la supervision du Comité de pilotage.

Le comité technique est composé d'une équipe pluridisciplinaire. Le Directeur de la Planification, de la Recherche et des Statistiques en assure la présidence. Le président du comité technique est assisté par le coordonnateur de la Cellule d'économie de la santé qui prépare et coordonne les activités du comité technique.

Pour une bonne appropriation des CS par le niveau opérationnel, des comités techniques régionaux, composés du point focal régional comptes de la santé, du chef de service régional de l'ANACMU, du chef de service régional de la statistique et de la démographie (SRSD), du représentant de l'Alliance du Secteur Privé de la Santé (ASPS) et du Médecin Chef de Région qui en assure la présidence.

III.4. CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

L'élaboration des comptes de la santé pour les années 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021, a été faite suivant la nouvelle méthodologie du Système des Comptes de la Santé (SCS 2011 ou SHA) qui est une révision de la première version (SCS 1.0).

III.4.1. Le champ des comptes de la santé

Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses effectuées au profit des résidents et portant sur des activités dont l'objectif principal est de : promouvoir la santé, prévenir les maladies, guérir les maladies, soigner les états de santé chroniques ou des personnes handicapées, gérer des programmes de santé publique, l'assurance maladie, les soins palliatifs indépendamment de qui paye ou qui offre le service.

Sont exclues du champ des comptes de la santé, les dépenses réalisées :

- pour financer la formation initiale dans le domaine de la santé ;
- par les non-résidents pour leurs propres soins de santé ;
- par les organisations internationales pour le fonctionnement de leurs administrations.

III.4.2. Collecte des données

Deux catégories de données ont été collectées : **les données primaires et les données secondaires.**

A. Les données primaires

Il s'agit de données issues d'enquêtes réalisées avec des outils de collecte de données prenant en compte la nouvelle nomenclature du SHA 2011 auprès des acteurs. Ces enquêtes sont réalisées par une équipe d'enquêteurs recrutés et formés sur le guide de remplissage par le comité technique régional avec l'appui du comité technique national des comptes.

B. Les données secondaires

Il s'agit de l'exploitation des rapports financiers et des bases de données administratives du secteur public (Ministère de la Santé et de l'Action sociale et les autres Ministères), de la Banque de Données Économiques et Financières (BDEF) de l'ANSD et des rapports d'exécution budgétaire de certains bailleurs.

Pour chaque type de structure, le tableau ci-après précise le type de collecte.

Tableau 2 : Sources des données des comptes de la santé

Sources	Type de collecte	Méthode de collecte	Description des données	Responsable de collecte
Directions, services, cellules et programmes du MSAS	Secondaire	Collecte exhaustive	Dépenses des directions dont les programmes, services et cellules rattachés du MSAS	Comité technique national
Autres Ministères, PRN, CNLS,	Secondaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des ministères autres que celui chargé de la santé	Comité technique national
Collectivités territoriales	Secondaire	Echantillonnage	Les dépenses de santé des Collectivités territoriales	Comité technique national
SIGFIP	Secondaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé exécutées sur le budget de l'Etat	Comité technique national

Sources	Type de collecte	Méthode de collecte	Description des données	Responsable de collecte
EPS	Secondaire	Collecte exhaustive	Les données sur les ressources, dépenses et activités des EPS	Comité technique national
Districts, Centres et Postes de santé	Secondaire et primaire	Echantillonnage	Les données fournies par enquête et celles extraites du DHIS2 relatives aux recettes, dépenses des comités de santé et activités	Comité technique régional / Enquêteurs
IPRES, CSS & FGA	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé pour IPRES, CSS & FGA	Comité technique national
Mutuelles de santé	Secondaire et primaire	Collecte exhaustive	Rapport d'étude ANACMU Les dépenses de santé des Mutuelles communautaires et socio-professionnelles	ANACMU, comité technique national
IPM	Secondaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des IPM	AGIS et comité technique national
SAP	Secondaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des SAP	Association des assureurs du Sénégal (AAS) et comité technique national
PTF	Primaire et Secondaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des PTF	Comité technique national
ONG	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des ONG	RESSIP CONGAD, comité technique national et régional
Prestataires privés	Primaire et Secondaire	Echantillonnage / Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des cabinets, labo et cabinet d'imageries, officines, cliniques, hôpitaux, ...	ANSD, Comité technique national et régional / Enquêteurs
Laboratoires régionaux	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des laboratoires	Comité technique régional / Enquêteurs
Instituts de recherche	Secondaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé pour la recherche et la formation	Comité technique national / CNEERS
Entreprise	Primaire	Echantillonnage	Les dépenses de santé des entreprises (infirmières, RSE)	Comité technique régional / Enquêteurs

C. Methodologie de l'enquête pour l'élaboration des comptes de la santé

La méthodologie de l'enquête concerne les éléments suivants :

Champ de l'enquête

L'unité statistique de cette enquête est soit un établissement de la pyramide sanitaire ou toute entreprise offrant des services sanitaires (laboratoire, SPS, service de transport sanitaire, officines, etc.) soit un service ou partenaire (ONG, PTF, etc.) contribuant au financement de la santé ou impliqué dans la mise en œuvre de la politique sanitaire (CT, ministères et leurs structures ambulatoires, etc.)⁴ ;

- Le champ géographique est le territoire national ;
- Niveau de représentativité de l'échantillon est le croisement de la région administrative et du type d'unité statistique ;
- Pour chaque type de structure (unité statistique), un questionnaire a été élaboré, soit 18 questionnaires au total.

Bases de sondage

Pour chaque catégorie d'unité statistique, la base de sondage a été constituée à partir d'une ou de plusieurs des sources suivantes :

⁴ La liste des types d'unités statistiques est jointe en annexe

- La BDEF de l'ANSD pour les entreprises ;
- La base des mutuelles de l'ANACMU ;
- La base DHIS2 (District Health Information System) pour les établissements de santé ;
- La cartographie des ressources du PNDSS pour les structures de l'État et les PTF ;
- La base des IPM à partir de ARDAMO ;
- La base des SAP sur les statistiques de l'assurance maladie ;
- Les bases de la DPM et ASPS pour les officines privées ;
- La base des ONG, du Ministère de l'Intérieur, du CONGAD, du PFONGE, de l'ONGIS ;
- La base de la DEPrS pour les structures privées de soins (cliniques, cabinets médicaux, cabinets paramédicaux et les cliniques d'accouchement) ;
- Les bases du CNERS pour la recherche en santé ;
- La base de l'UAEL (Union association des élus locaux) pour les CT ;
- Les bases des comptes de la santé 2014-2016.

Méthodologie de tirage de l'échantillon

L'enquête est exhaustive (recensement) pour les unités statistiques pour lesquelles l'effectif est relativement faible (EPS, laboratoire d'analyse médicale, centres d'imageries, IPM, RM, etc.) ;

Pour les autres catégories d'unités statistiques, il a été procédé par un sondage stratifié à deux degrés. Les strates sont constituées à partir du croisement région et type d'unités statistiques. Dans chaque strate, un tirage aléatoire à probabilité égale sans remise a été effectué. Pour une précision de 5% des estimateurs, l'échantillon représentatif est constitué de 1 194 unités statistiques.

Déroulement de l'enquête

Dispositif organisationnel

Le dispositif organisationnel comprend la DPRS, à travers la CES en charge de la coordination de l'élaboration des comptes de la santé, appuyée par un comité technique national. Il compte aussi au niveau de chaque région, un comité technique régional présidé par le MCR et composé du CSRSD, du service régional de la CMU, des Directeurs des EPS, du représentant de l'ASPS et du point focal des comptes de la santé.

Ce dispositif est sous le contrôle du comité de pilotage composé de toutes les parties prenantes est présidé par le SG du MSAS.

Processus de collecte des données

La collecte de données a été assurée sur une durée de 15 jours par 166 enquêteurs recrutés et formés au niveau local par le comité régional avec l'appui du niveau central à travers des tablettes.

Des sessions de formation ont été organisées au préalable à l'endroit du comité technique national et du comité technique régional.

Après le déploiement des enquêteurs sur le terrain, des missions de supervisions ont été organisées par les niveaux central et régional pour s'assurer de la bonne exécution de la collecte afin de disposer de données de qualité.

D. ESTIMATION DES DÉPENSES DES MÉNAGES

Les dépenses des ménages sont obtenues par solde, après avoir défalqué du chiffre d'affaires des prestataires publics et privés, les dépenses des autres agents de financement. Les chiffres d'affaires des prestataires, ont été estimés à partir :

- Des états financiers disponibles au niveau de l'ANSD, (cas des hôpitaux, cliniques, cabinets, Officines privées, etc.) ;
- Des enquêtes menées auprès de certains prestataires pour lesquels les états financiers ne sont pas disponibles au niveau de l'ANSD (cas des Postes de santé publics, privés catholiques, etc.) ;

- D'une estimation sur la base d'une évolution des indicateurs des comptes de la santé pour le reste des prestataires, en particulier les tradipraticiens et les cabinets paramédicaux.

En ce qui concerne la Covid-19, pour des soucis de disponibilité des données et de base d'estimation, les dépenses des ménages n'ont pas été pris en compte.

III.5. TRAITEMENT DES DONNÉES

Pour cette série de comptes 2017-2021, la première phase du traitement a été la consolidation des données des deux phases de l'enquête dont la première fut déroulée dans les régions du nord (Saint Louis, Louga et Matam) et la deuxième dans les autres régions. Cette dernière phase a été conduite avec les questionnaires implémentés sous ODK Collect alors que la première avait été effectuée avec des questionnaires papiers. Ainsi, seules les données de la première phase ont fait l'objet de saisie. Cette consolidation a permis de disposer de la base de données pour chaque structure de santé sous format Excel.

Ensuite, deux ateliers d'apurement des données et de codification ont été tenus. Lors de ces ateliers, il a été question de :

- Faire la tabulation par variable ;
- Évaluer le taux de réponse et identifier les valeurs aberrantes par variable ;
- Imputer les données manquantes et corriger les valeurs aberrantes de chaque variable ;
- Vérifier les équilibres comptables.

Par ailleurs, une enquête sur la contribution des CT au financement de la santé a été effectuée à partir d'un formulaire Excel sur sept régions (Dakar, Fatick, Kaolack, Kaffrine, Thiès, Louga et Ziguinchor). Un code VBA de consolidation a été implémenté pour disposer de la base consolidée des CT de ces sept régions. Pour les sept autres régions, les contributions des CT ont été estimées à partir des extrapolations des dépenses en santé des CT collectées au niveau des structures de santé dans le cadre de l'enquête sur l'élaboration des comptes de santé. Ces extrapolations ont été faites avec les poids de sondage.

À la suite de cette procédure, toutes les bases de données consolidées et apurées étaient disponibles et ont pu être triangulées avec les différentes sources de données (GHED, DHIS2, ...) avant de procéder à leur codification conformément aux classifications du SHA 2011.

III.6. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LE PROCESSUS DE COLLECTE ET DE TRAITEMENT DES DONNÉES

Les difficultés rencontrées peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

- Défaut d'archivage des outils de gestion financière au niveau des structures enquêtées ;
- Organisation des informations dans les rapports de certaines structures de santé ne permettant pas de renseigner correctement certains questionnaires ;
- Indisponibilité de certaines données relatives à la répartition par maladie, par âge et par sexe ;
- Réticence de certains responsables des structures privées ;
- Insuffisance des supports de collecte (tablettes).

IV. RESULTATS D'ANALYSE DES DEPENSES DE SANTE DE 2017 À 2020

IV.1. VOLUME DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Le financement du système de santé du Sénégal est soutenu par l'action conjuguée de plusieurs sources de financement, à savoir les Administrations publiques, les ménages, les entreprises, les institutions sans but lucratif au service des ménages (particulièrement les ONG) et les partenaires techniques et financiers.

Tableau 3: Structure du financement de la santé par source (en %)

Sources de financement	2017	2018	2019	2020	2021
Etat	24,2%	22,4%	24,5%	29,3%	28,0%
Collectivités territoriales	1,4%	1,1%	0,7%	2,0%	1,0%
Entreprises	6,7%	2,4%	2,9%	6,3%	7,0%
Ménages	46,1%	52,5%	45,0%	37,6%	36,4%
ONG	1,2%	1,6%	1,9%	2,2%	2,0%
PTF	20,4%	20,0%	25,0%	22,6%	25,5%

Les données présentées dans le tableau ci-dessus montrent que les ménages restent la principale source pour le financement de la santé. Toutefois, la part de leur contribution a baissé passant de 46,1% en 2017 à 36,4% des dépenses totales de santé en 2021. Les dépenses des ménages ont connu un pic en 2018, soit 52,5%. En 2020, elles ont considérablement baissé du fait de la COVID-19 allant jusqu'à 37,6%. La contribution de l'État reste en moyenne à 35,7% sur la période 2017-2021 avec un pic de 42% en 2021. Quant aux PTF, leur apport est estimé en moyenne à 26% entre 2017 et 2021.

En ce qui concerne les entreprises, les ONG et les collectivités territoriales, leur contribution se situe respectivement en moyenne à 5,8% ; 2,0% et 1,4% entre 2017 et 2021.

IV.2. ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Tableau 4: Évolution des dépenses de santé sur la période 2017-2021

Dépenses en santé (Montant en millions FCFA)	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses courantes	507 744	569 485	616 446	726 371	691 184
Dépenses de capital	44 248	31 054	88 015	124 484	141 926
Dépenses totales de santé	551 992	600 539	704 461	850 855	833 110
Dépenses totales en % du PIB	4,5%	4,7%	5,1%	6,0%	5,5%

L'analyse du tableau 4 montre une évolution croissante des dépenses totales de santé qui sont passées de 551,9 milliards en 2017 à 833,1 milliards en 2021 avec un pic de 850,8 milliards en 2020. De plus, les dépenses de santé connaissent une croissance plus rapide que le PIB. En effet, la part de ces dépenses dans le PIB est passée de 4,5% en 2017 à 6,0% en 2020 puis a connu une baisse de 0,5 point (5,5%) en 2021.

La part des dépenses courantes dans les dépenses totales de santé est évaluée en moyenne à 89% sur la période 2017-2021. Elles passent de 507,7 milliards en 2017, à 691,2 milliards en 2021 avec un pic de 726,4 milliards en 2020.

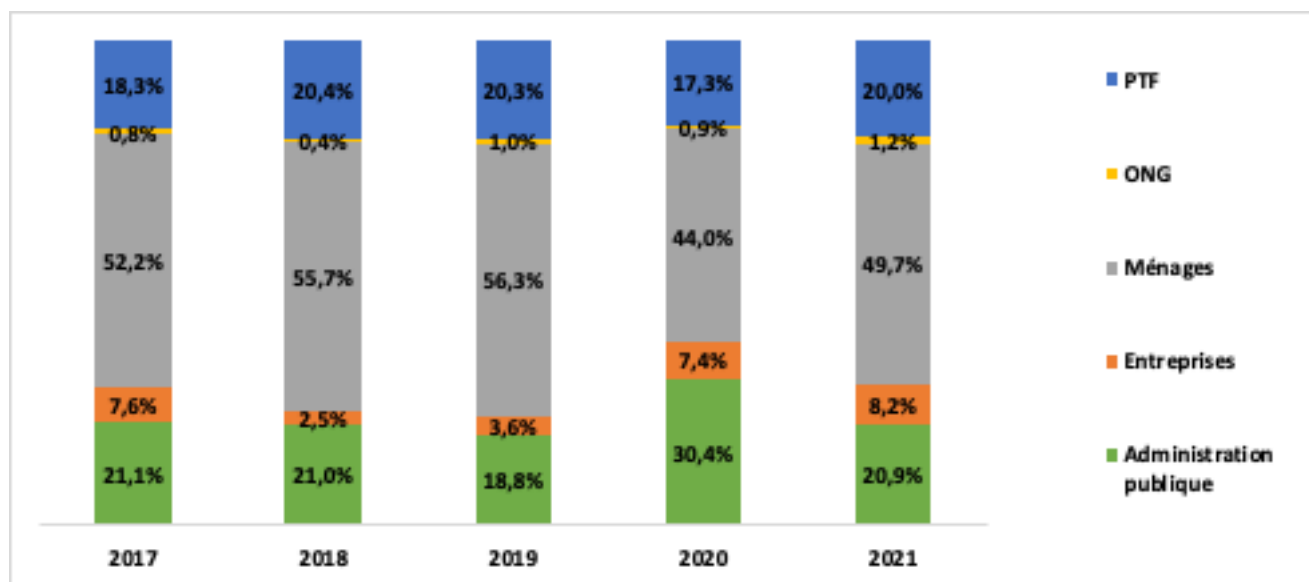
Les dépenses en capital ont connu une hausse, passant de 44, 2 milliards en 2017 à 141, 9 milliards en 2021 avec un pic de 124,5 milliards en 2020.

IV.3. ANALYSE DES DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ

IV.3.1. Analyse de la dimension financement

Les dépenses courantes sont constituées de la somme des dépenses liées à la consommation des biens et services de santé par les résidents.

A. Les sources de financement



Graphique 3 : Evolution de la structure des dépenses courantes selon la source

L'analyse des dépenses courantes de santé montre que les ménages constituent la source la plus importante, 51,5% , en moyenne sur la période 2017-2021. Ce niveau s'explique par l'importance des dépenses des ménages en médicaments et en soins curatifs qui représentent respectivement 68,7% et 27,2% en moyenne sur la période 2017-2021.

La politique de couverture maladie universelle (CMU) a été lancée depuis 2013 par le gouvernement du Sénégal et a permis de prendre en charge le paquet minimum de soins chez des groupes vulnérables tels que les enfants âgés de moins de cinq (05) ans, les personnes âgées de soixante (60) ans et plus, les femmes enceintes et les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (en hémodialyse). Depuis lors, beaucoup de progrès ont été enregistrés dans le cadre de la protection sociale. La baisse de 12 points du poids des dépenses des ménages, notée entre 2019 et 2020 pourrait être versée dans ce sens et aussi les ressources importantes injectées par l'Etat dans le cadre de la lutte contre la pandémie Covid-19. En effet, le poids des dépenses de l'administration publique sur les trois premières années de l'étude est relativement stable (20,3% en moyenne) avant d'atteindre 30,4% en 2020 pour ensuite se retrouver à 20,9% en 2021.

La part des PTF est relativement stable autour de 20%. Toutefois une baisse de 3 points est notée en 2020. Cette régression est due à la contribution importante de l'Etat et des Entreprises durant la pandémie.

S'agissant des entreprises, après une baisse significative en 2018 et 2019, leur part a augmenté à 7,2% en 2020 puis 8,4% en 2021, imputable à leur forte contribution dans la lutte contre la Covid-19.

Pour les ISBLSM (ONG), leur contribution dans les dépenses de santé est évaluée en moyenne à 1,0% sur la période.

B. Les régimes de financement

Les régimes de financement sont les principaux dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé. Exemple : les paiements directs des ménages, les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé et les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires.

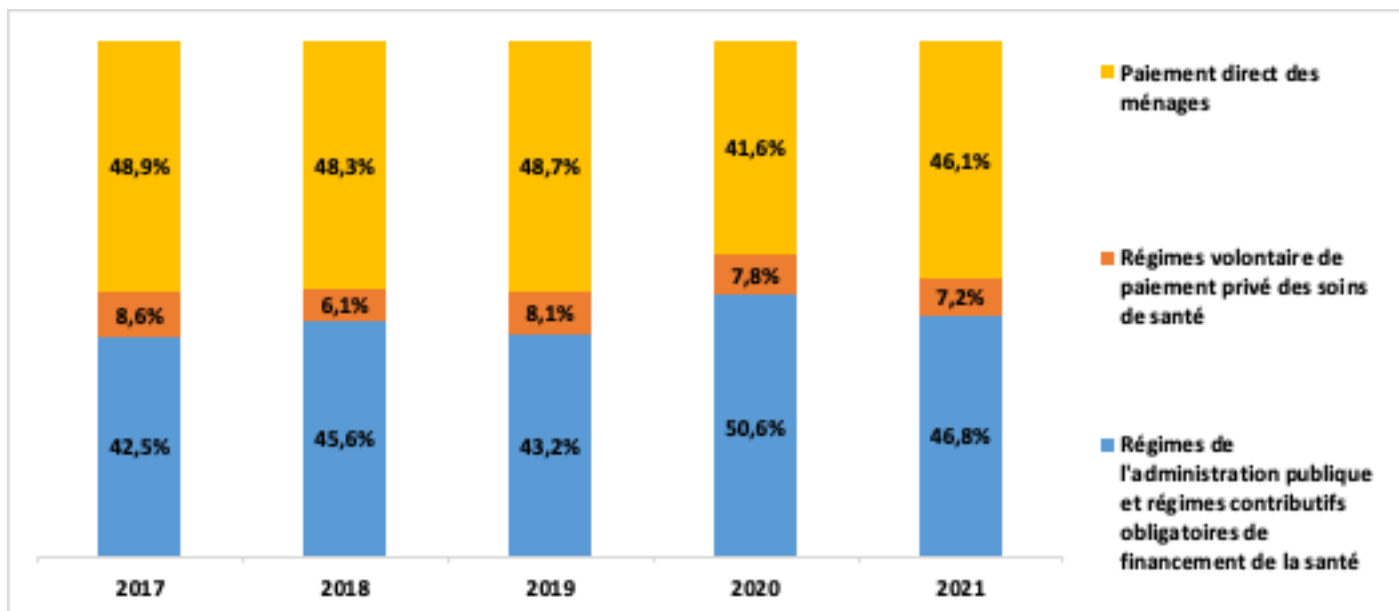


Figure 4 : Évolution de la structure des dépenses courantes selon les régimes

L'analyse des résultats montre globalement que la contribution du paiement direct des ménages a diminué sur la période passant de 48,9% à 46,1%. Cette baisse est plus accentuée en 2020 avec 41,6%. Le niveau des dépenses des régimes volontaires de paiement privé des soins de santé se situe en moyenne à 7,6%.

Les dépenses courantes pour les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires ont augmenté, passant de 42,5% en 2017 à 46,8% en 2021, avec un pic de 50,6% en 2020. Cette hausse s'explique, en partie, par les ressources mobilisées dans le cadre du programme de résilience économique et sociale de lutte contre la Covid-19 mises en place par l'Etat afin de :

- soutenir le secteur de la santé ;
- renforcer la résilience sociale des populations (soutien aux ménages vulnérables et à la diaspora sénégalaise) ;
- assurer la stabilité macroéconomique et financière pour soutenir le secteur privé et maintenir les emplois.

C. Les recettes des régimes de financement

Les catégories de recettes sont les voies utilisées par les régimes de financement pour mobiliser les ressources destinées à prendre en charge les services de santé de la population. Les différentes catégories de recettes sont :

- Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique : il s'agit des financements effectués à l'aide d'allocations versées par les administrations sur les ressources internes (impôts, taxes, etc.), notamment les allocations des budgets de l'État et des collectivités territoriales ;
- Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique : il s'agit des financements d'origine étrangère (PTF, ONG internationales, fondations etc.) redistribués par l'administration publique par exemple les allocations du budget financées sur ressources extérieures ;
- Cotisations d'assurance sociale obligatoires : Elles concernent les versements aux organismes d'assurance sociale pour le compte des employés du public ou du privé et les membres de leur famille.
- Primes d'assurance ou prépaiement volontaire : Ils sont constitués des montants versés aux assurances privées (assurances commerciales, mutuelles de santé) pour une couverture maladie ; exceptionnellement, il arrive qu'une entreprise assure ses employés auprès des assurances privées qui n'ont pas la qualité d'organisme d'assurance sociale.

- Autres revenus nationaux : il s'agit d'autres moyens utilisés par les régimes notamment les versements directs des ménages, les revenus des entreprises et des ONG utilisés directement pour le financement de la santé ;
- Transferts directs étrangers : il s'agit de versements d'origine étrangère qui financent directement les activités de santé.

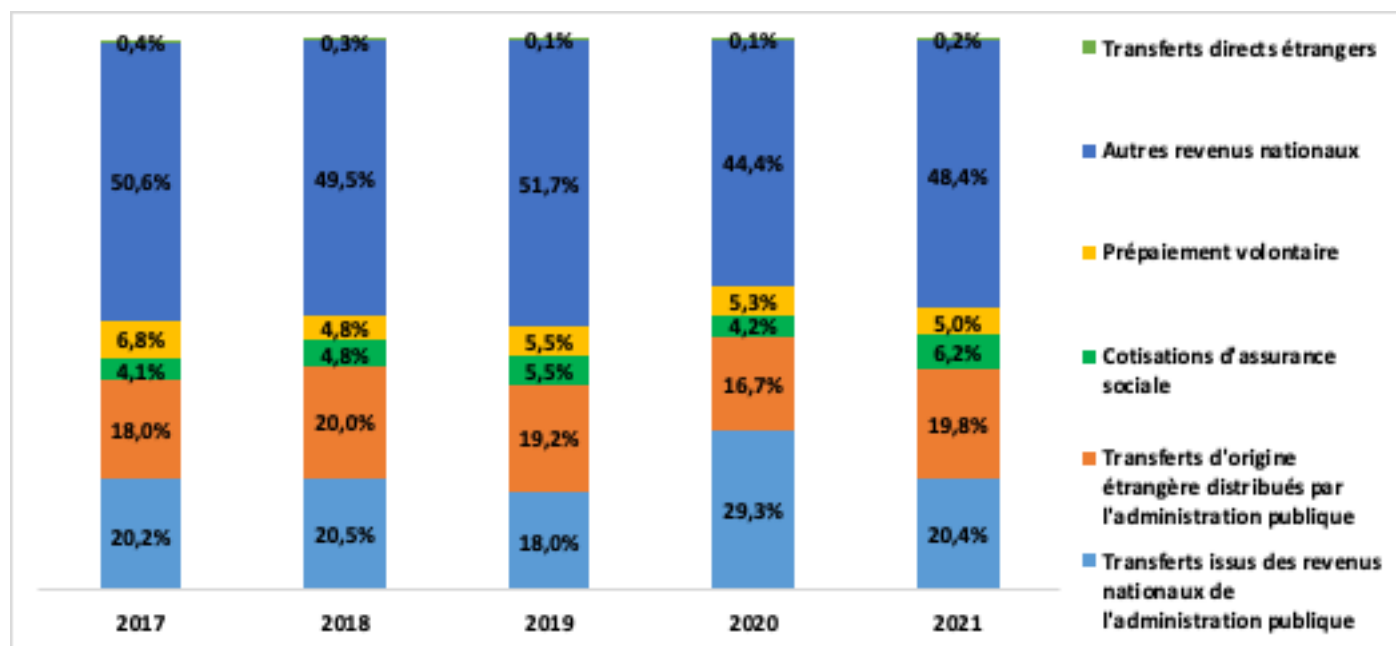


Figure 5 : Évolution de la structure des dépenses courantes par recettes des régimes

Le financement de la santé est effectué en grande partie par le biais des autres revenus nationaux qui représentent en moyenne 49,0% de l'ensemble des catégories de recettes utilisées sur la période. Les autres revenus nationaux sont essentiellement portés par les ménages à travers les paiements directs qui représentent en moyenne 95,4%. Toutefois, cette part a connu une baisse sur la période passant de 50,6% à 48% de 2017 à 2021. Cette baisse est consécutive à la mise en œuvre de la politique de couverture maladie universelle et de l'appui des partenaires techniques et financiers (19,0% en moyenne) qui viennent soulager sensiblement les ménages du fardeau de prise en charge par le paiement direct.

Pour les transferts issus des revenus nationaux des administrations publiques, leur part est en moyenne égale à 20% 2017 et 2019. Par contre, en 2020, leur part a augmenté à 29,3% avant de baisser à 20,4% en 2021.

Les dépenses effectuées à travers les cotisations d'assurance sociale et les prépaiements volontaires (assurance commerciale et assurance communautaire) représentent en moyenne 10,4% sur la période sous revue.

D. Les agents de financement

Les agents de financement sont des unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financement. Exemple : les ménages, les ONG, les sociétés (hors société d'assurances), les sociétés d'assurance et les administrations publiques.

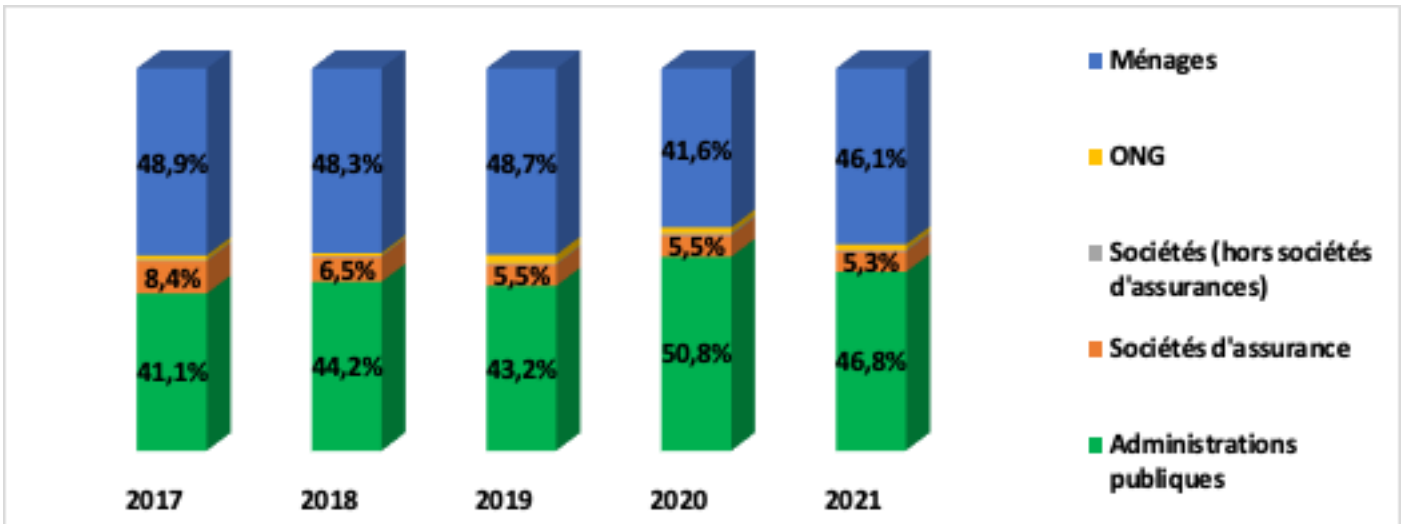


Figure 6 : Evolution de la structure des dépenses courantes par agents de financement

Les ménages, en tant qu’agent de financement du régime des paiements directs, supportent la plus grande part des dépenses courantes avec 46,7% en moyenne sur la période 2017 à 2021.

La part de l’administration publique a considérablement augmenté en 2020 avec plus de la moitié des dépenses courantes soit 51 % avant d’atteindre un pourcentage relativement équivalent à celui des ménages 47% en 2021. Cependant, en plus de ses ressources propres, les administrations publiques gèrent aussi des ressources étrangères à travers son régime.

Quant aux assurances, leur part a diminué passant de 8,4% en 2017 à 5,3% en 2021.

IV.3.2. ANALYSE DES DEPENSES DE LA PRESTATION DES SERVICES

Les prestataires de soins de santé regroupent les organisations et les acteurs qui fournissent des biens et services médicaux comme activité principale, de même que ceux pour qui la prestation de soins de santé constitue seulement une activité parmi tant d’autres.

A. Les prestataires des soins de santé

Ce sont des organisations et acteurs qui offrent des biens et des services médicaux. Exemple : les hôpitaux, les prestataires de soins de santé ambulatoire (cabinets), prestataires des services auxiliaires (labos, imageries), détaillants et autres prestataires des biens médicaux (officines) etc.

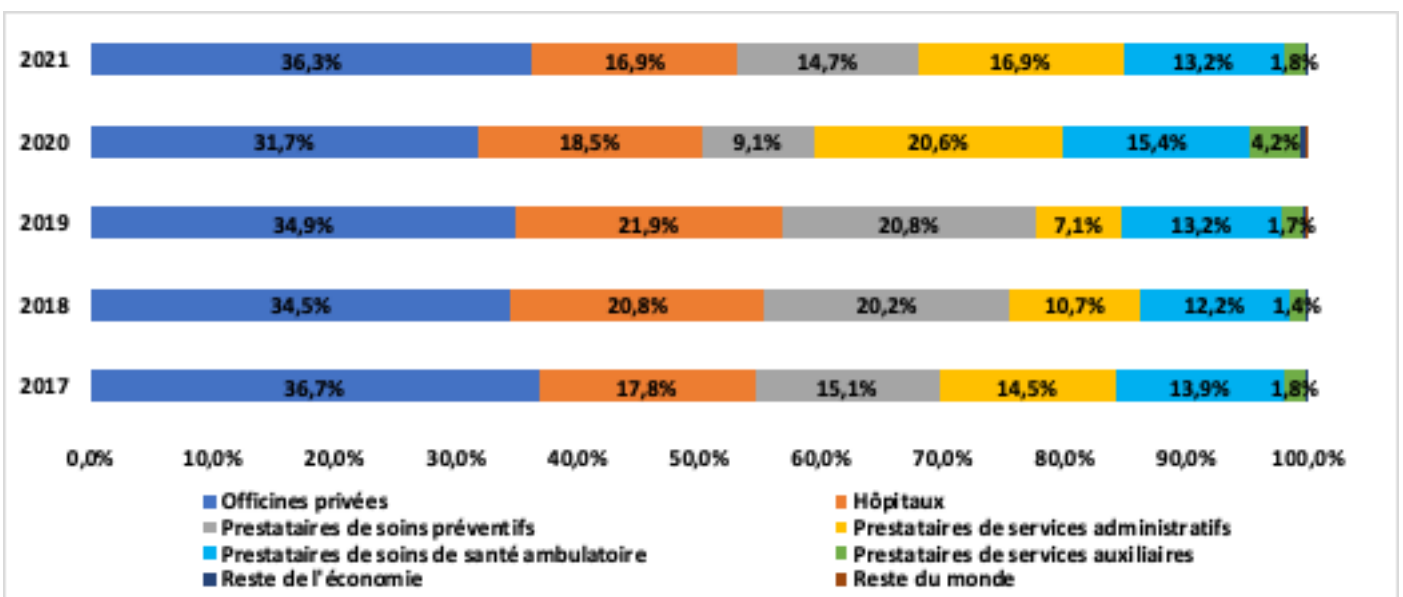


Figure 7 : Evolution de la structure des dépenses courantes par prestataires de soins de santé

De 2017 à 2019, la structure des dépenses par prestataires n’a pas beaucoup changé. En effet, le poids des officines est à 35,4% en moyenne, les hôpitaux à 20,1% et les prestataires de soins préventifs à

18,7%. Cependant, en 2020, une baisse a été constatée au niveau des officines, des hôpitaux et des prestataires de soins préventifs se situant respectivement à 31,7%, 18,5% et 9,1% imputable à la faible fréquentation des structures sanitaires et de l’achat de produits auprès des officines privées du fait de la pandémie à Covid-2019. Aussi, il y a une augmentation des dépenses des services administratifs (de 7,1% en 2019 à 20,1% en 2020) dans le cadre de la gestion de la pandémie.

B. Les facteurs de prestation

Les facteurs de prestations sont constitués de l’ensemble des intrants utilisés pour fournir des biens et services de santé.

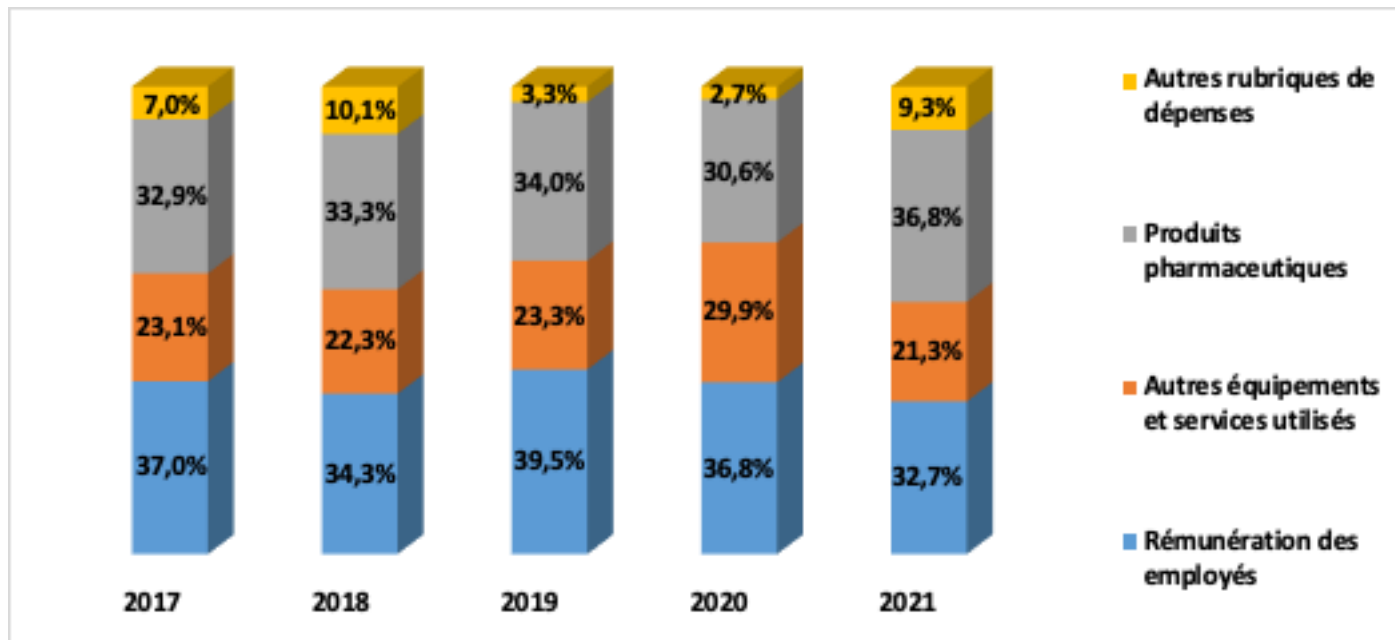


Figure 8 : Evolution de la structure des dépenses courantes par facteurs de prestation

L’analyse des dépenses courantes par facteurs de prestation montre que la structure n’a pas beaucoup évolué de 2017 à 2020 et les rémunérations des employés restent le premier poste de dépenses avec 36,9% en moyenne, suivi des produits pharmaceutiques (32,7% en moyenne) et autres équipements et services utilisés (24,6%). Le poids important des dépenses de rémunération s’explique en partie par le recrutement massif d’agents de santé par l’Etat et ses partenaires pour lutter contre la COVID-19 et réduire le gap et renforcer les structures périphériques en personnels qualifiés.

Par contre, en 2021, la tendance s’est renversée avec les dépenses en produits pharmaceutiques qui deviennent plus importantes (36,8%) que celles en rémunérations (32,7%) et en équipements et services (21,3%).

IV.3.3. ANALYSE DES DEPENSES DE CONSOMMATION

La consommation de soins de santé est constituée des types de prestation au niveau de la pyramide sanitaire et des caractéristiques des bénéficiaires (maladie, âge, sexe et région).

A. Analyse par fonction de soins

Les fonctions de soins sont constituées des types de biens, de services et d’activités réalisés dans le champ des comptes de la santé. Exemple : soins curatifs (hospitaliers et ambulatoires), préventifs, produits pharmaceutiques (médicaments), services auxiliaires (Labo, Imagerie et transport patient) etc.

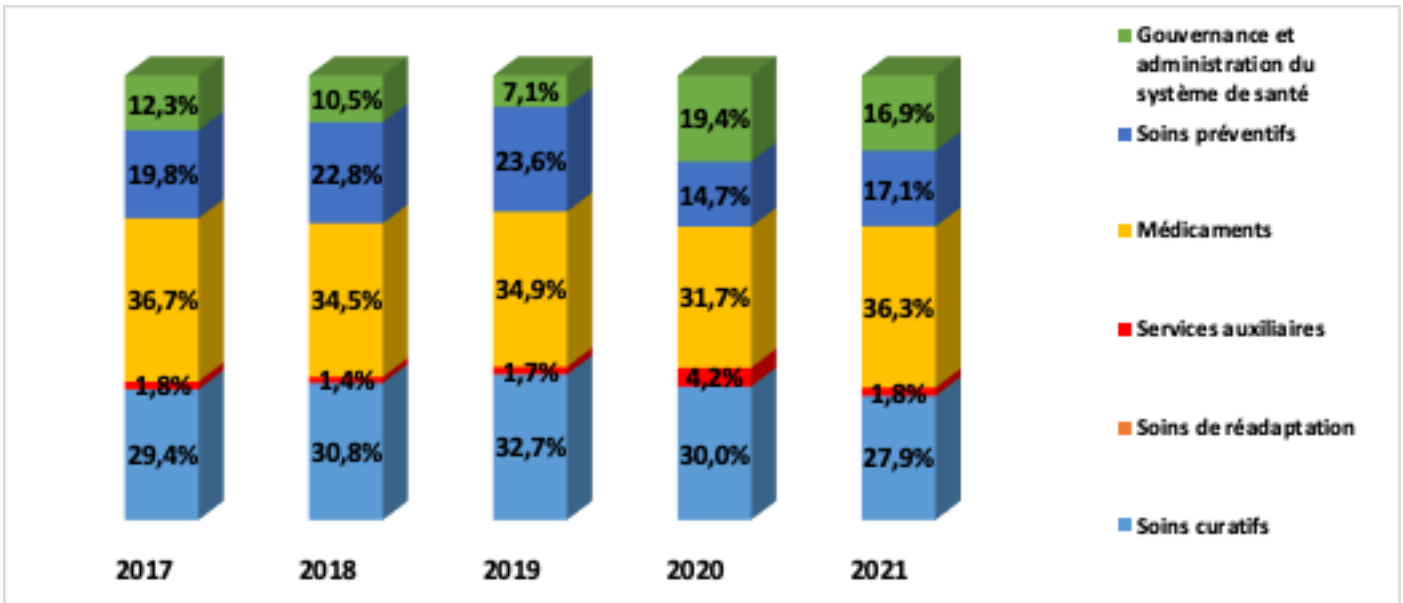


Figure 9 : Évolution de la structure des dépenses courantes par fonction de soins

Le graphique ci-dessus illustre la répartition des ressources selon les principaux types de services de santé sur la période. Les médicaments et les soins curatifs sont les deux principales fonctions de soins vers lesquelles sont orientées les dépenses en santé. En effet, il faut noter qu’entre 2017 et 2021, le poids des dépenses en médicaments est resté stable autour de 36,3% avec une légère baisse de 3 points en 2020. Les dépenses en soins curatifs sont importantes et se situent en moyenne à 30,2% sur la période même si une baisse de 3 points est enregistrée en 2021.

Tandis que les dépenses en soins préventifs sont passées de 19,8% à 23,6% de 2017 et 2019 avant de connaître une baisse de huit (8) points en 2020 pour remonter en 2021 à 17,1%.

B. Analyse par groupe de maladies

Les groupes de maladies sont les maladies infectieuses et parasitaires, la santé de la reproduction, les carences nutritionnelles, les maladies non transmissibles et les traumatismes.

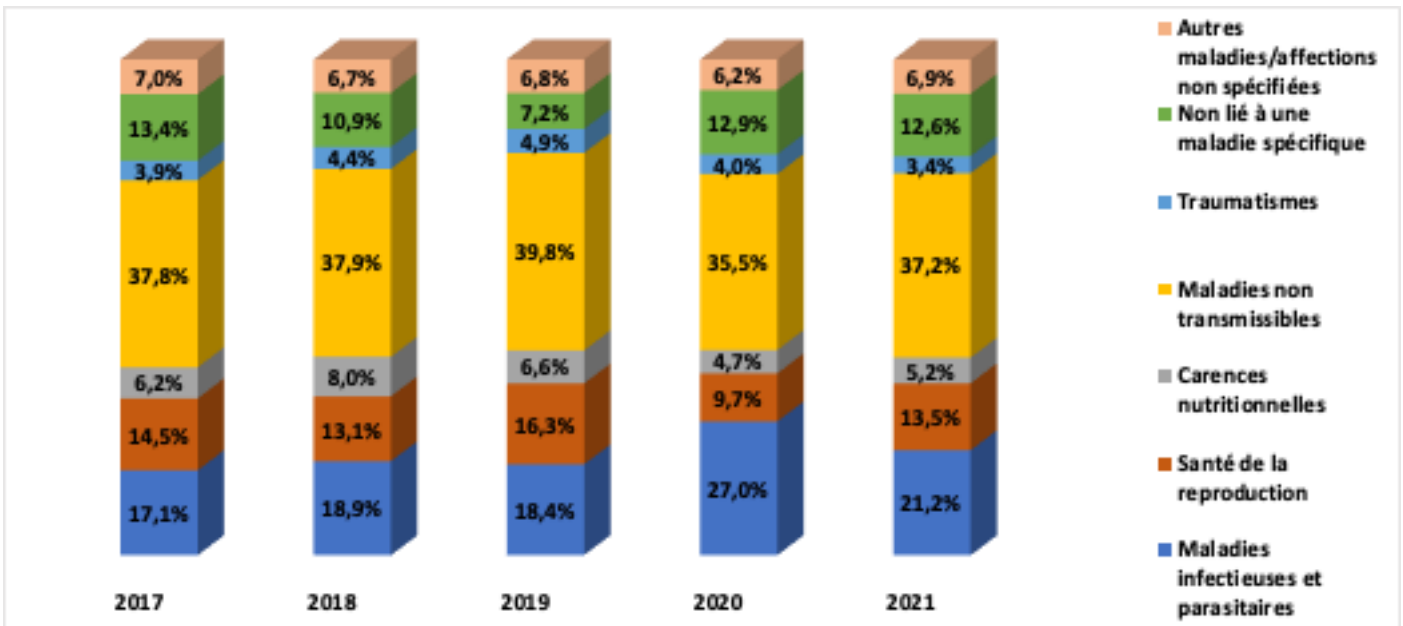


Figure 10 : Évolution de la structure des dépenses courantes par groupe de maladies

L’analyse montre que les maladies non transmissibles (MNT), les maladies infectieuses et parasitaires (transmissibles) et celles liées à la Santé de la Reproduction consomment plus de ressources avec un poids important pour les MNT. La part des dépenses courantes consacrée à ces dernières a légèrement évolué passant de 37,8% en 2017 à 39,8% en 2019. La baisse constatée en 2020 (35,5%)

peut s'expliquer en partie par la COVID-19 qui a considérablement fait diminuer la fréquentation dans les structures sanitaires.

La part des dépenses liées aux maladies infectieuses et parasitaires a progressivement augmenté entre 2017 et 2021 passant de 17,1% à 21,2%, avec un pic de 27% en 2020 au profit de la Covid-19.

IV.3.4. REPARTITION DES DEPENSES PAR CARACTERISTIQUES DES BENEFICIAIRES

La méthodologie du système des comptes de la santé 2011 adoptée permet de répartir les dépenses de santé de la manière la plus détaillée possible jusqu'à l'âge, le sexe, la région et la maladie du bénéficiaire.

A. Analyse des dépenses par tranche d'âge

La structure de ces dépenses permet de catégoriser les dépenses par tranche d'âges selon la charpente définie par notre système d'informations (enfants, adultes et personnes âgées).

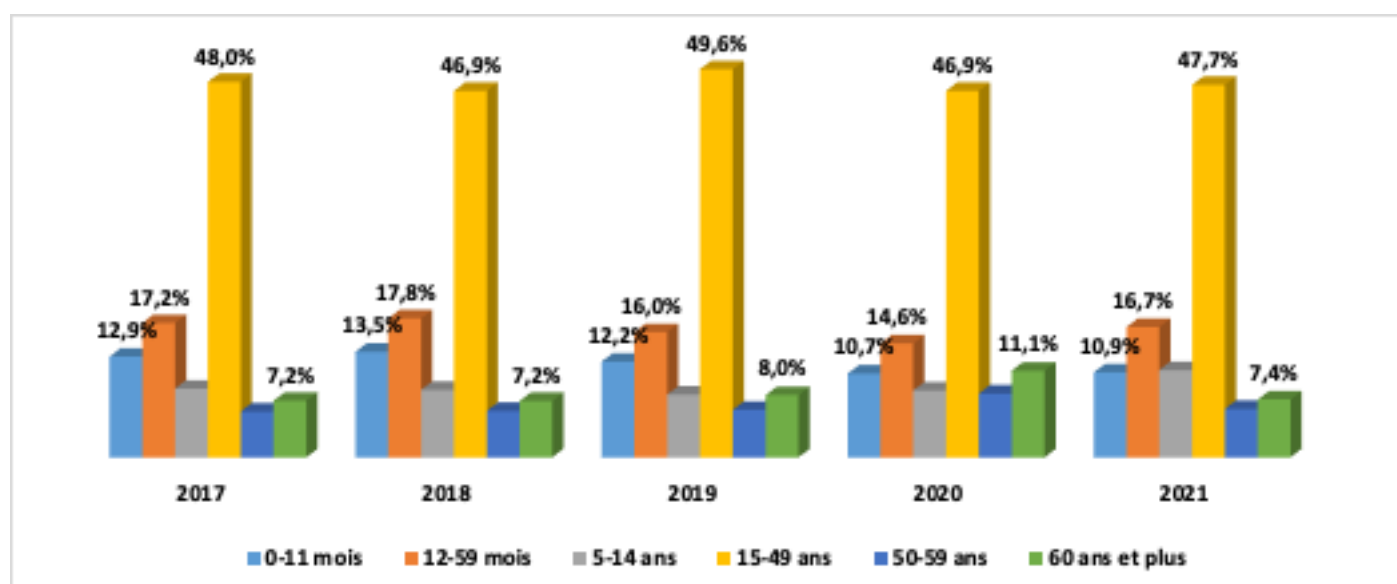


Figure 11 : Évolution de la structure des dépenses courantes selon l'âge

L'étude révèle que les dépenses courantes de santé sur la période 2017 à 2021 sont majoritairement (47,8% en moyenne) gérées par la tranche d'âge 15-49 ans qui représente 54,4% de la population du Sénégal (RGPHAE, 2013). Pour cette tranche d'âge, 37,8% en moyenne des dépenses sont destinées aux maladies non transmissibles, 23,0% aux affections liées à la santé de la reproduction et 16,8% aux maladies infectieuses et parasitaires de 2017 à 2021.

La part des dépenses courantes pour les services de santé dédiés aux enfants de moins de 5 ans sont estimées à 28,5% en moyenne de 2017 à 2021. Ces dépenses sont orientées, en moyenne, à 25,6% vers les maladies infectieuses et parasitaires, à 24,7% vers les maladies non transmissibles et à 21,4% vers les carences nutritionnelles.

Quant aux personnes âgées de 60 ans et plus, leur part dans les dépenses courantes de santé représente 8,2% en moyenne avec une prédominance des MNT (61,1%) et des maladies infectieuses et parasitaires (20,4%).

B. Analyse des dépenses par sexe

Cette structure permet de répartir les dépenses courantes de santé selon le sexe masculin et féminin.

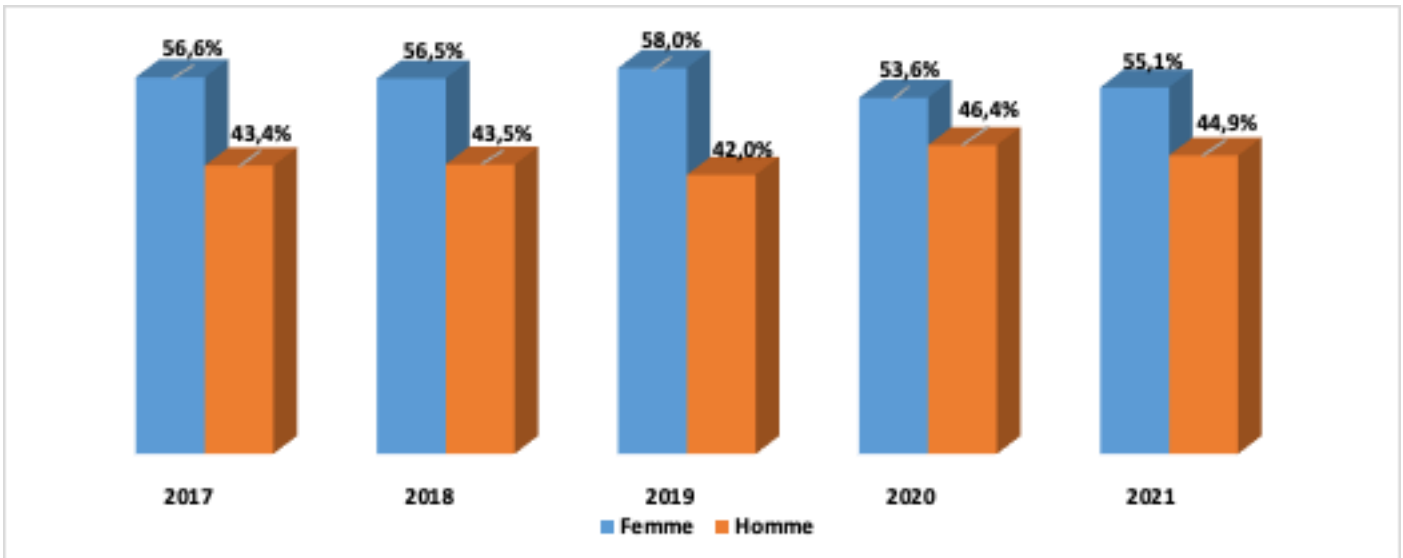


Figure 12 : Évolution de la structure des dépenses courantes selon le sexe

L'analyse montre que les dépenses courantes de santé sont plus orientées vers les femmes. Leur part est en moyenne égale à 56,0% de 2017 à 2021. Toutefois, il faut noter une légère hausse des dépenses en direction des hommes qui passe de 42,0% en 2019 à 46,4% en 2020 car les hommes sont plus touchés par la pandémie à COVID-19.

C. Analyse des dépenses par région

L'analyse est orientée vers la répartition des dépenses courantes de santé suivant les quatorze régions du Sénégal.

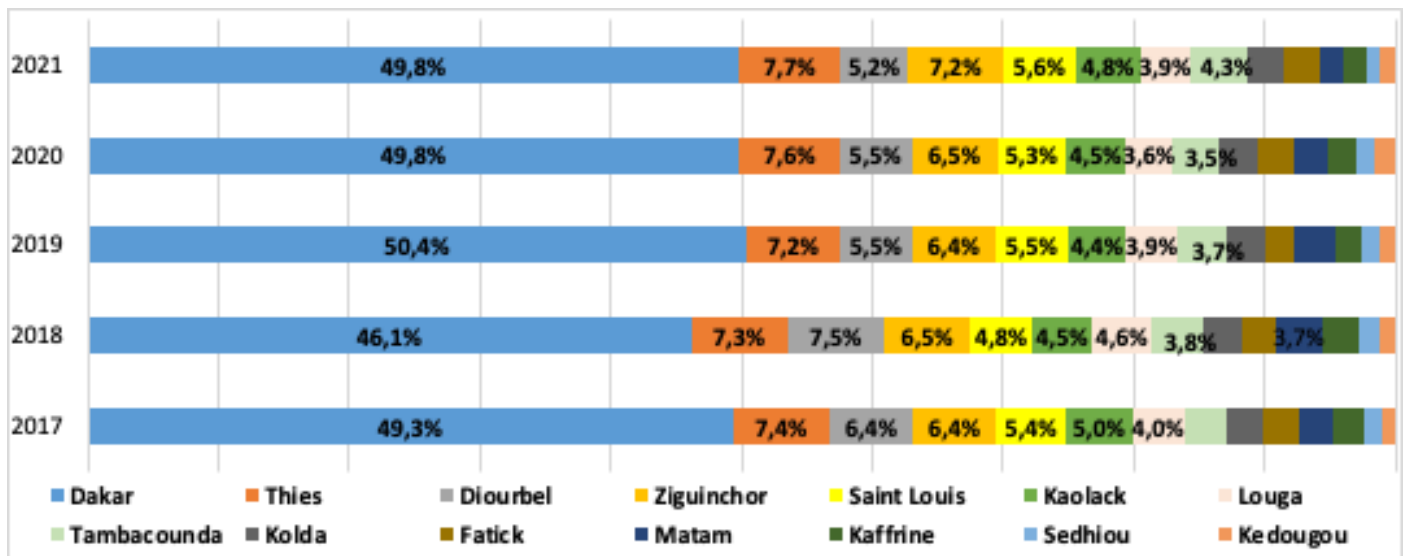


Figure 13 : Évolution de la structure des dépenses courantes par région

A la lumière du graphique ci-dessus, la région de Dakar gère presque la moitié des dépenses courantes de santé avec en moyenne 49,1%. Les régions de Thiès, Diourbel, Ziguinchor et Saint Louis concentrent en moyenne 25% des dépenses courantes sur la période. Ce poids s'explique par la forte concentration des structures sanitaires (y compris les officines et les cliniques privées) avec un plateau technique plus élevé, la forte densité démographique, le poids épidémiologique et la capacité financière des ménages.

En revanche, les régions de Sédhiou et de Kédougou enregistrent les plus faibles parts des dépenses courantes (1,3% en moyenne). Cette situation est imputable au faible poids démographique, au déficit d'infrastructures sanitaires et au recours tardif aux structures sanitaires.

D. RÉPARTITION DES DÉPENSES COURANTES PAR ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PNDSS

Les orientations stratégiques (OS) sont définies dans le Plan national de développement sanitaire 2009-2018 (PNDS 2009-2018) et le Plan national de développement sanitaire et sociale 2019-2028 (PNDSS 2019-2028). Il faut noter que cet exercice est à cheval entre les deux plans et que les cinq OS définis dans le PNDS ont été regroupés en trois dans le PNDSS.

Tableau 5 : Structure des dépenses courantes par OS

	Orientations stratégiques du PNDS <i>(Montant en millions FCFA)</i>	2017	2018	2019	2020	2021
PNDS	OS1 : Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto juvénile	24 425	33 439			
	OS2 : Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie	343 321	383 499			
	OS3 : Renforcer durablement le système de santé	50 885	61 020			
	OS4 : Améliorer la gouvernance du secteur	29 621	32 640			
	OS5 : Améliorer l'accès des pauvres à des services de santé de qualité	59 493	58 886			
PNDSS	OS1 : Renforcement de la gouvernance et du financement de la santé et de l'action sociale			97 525	98 944	113 816
	OS2 : Développement de l'offre de services de santé et d'action sociale			441 294	483 195	460 062
	OS3 : Promotion de la protection sociale			77 627	103 429	117 306
	TOTAL	507 744	569 485	616 446	685 567	691 184

L'analyse du tableau 5 montre que, pour les deux premières années de l'étude à savoir 2017 et 2018 et qui correspondent au PNDS, les dépenses sont plus accentuées pour l'OS2 (Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie), soit en moyenne 67,5% des dépenses courantes de santé.

Sur la période 2019-2021 qui coïncide avec le nouveau PNDSS, les dépenses sont plus orientées vers l'OS 2 (Développement de l'offre de services de santé et d'action sociale) et l'OS 1 (Renforcement de la gouvernance et du financement de la santé et de l'action sociale) qui représentent en moyenne 69,5% et 15,6% respectivement des dépenses courantes de santé.

IV.4. ANALYSE DES DÉPENSES D'INVESTISSEMENT

Les dépenses d'investissement sont constituées des dépenses de formation brute de capital fixe (infrastructures, machines, équipements, produits de la propriété intellectuelle) et de celles en recherche, éducation et formation continue en santé.

Tableau 6 : Structure des dépenses d'investissement

Type d'investissement <i>(Montant en millions FCFA)</i>	2017	2018	2019	2020	2021
Formation brute de capital fixe	39 846	24 023	76 311	107 910	129 190
Infrastructure	21 519	12 394	65 415	51 181	29 669
Machines et équipements	18 291	11 627	10 896	56 711	99 492
Produits de la propriété intellectuelle	36	2		19	29
Recherche et Éducation/formation en santé	4 399	7 031	11 704	16 574	12 736
Recherche et développement en santé	4 023	6 808	9 016	16 545	12 374
Education et formation du personnel de santé	376	223	2 688	28	362
Total Investissement	44 245	31 054	88 015	124 484	141 926

Les dépenses en capital, constituées à plus de 99% d'infrastructures, de machines et d'équipements, ont connu une croissance passant de 39,8 milliards en 2017 à 129,2 milliards en 2021. Celles relatives à la recherche, éducation et formation ont augmenté de 4,3 milliards en 2017 à 12,4 milliards en 2021 avec un pic de 16,6 milliards en 2020 imputable aux dépenses de recherche dans le cadre de la Covid-19. De plus, pour ces dernières catégories de dépenses, plus de 92% sont consacrées à la recherche.

IV.4.1. SOURCES DE FINANCEMENT DE LA FORMATION DE CAPITAL

Les sources de financement des dépenses en capital sont essentiellement l'Administration publique, les PTF, les entreprises et les ONG.

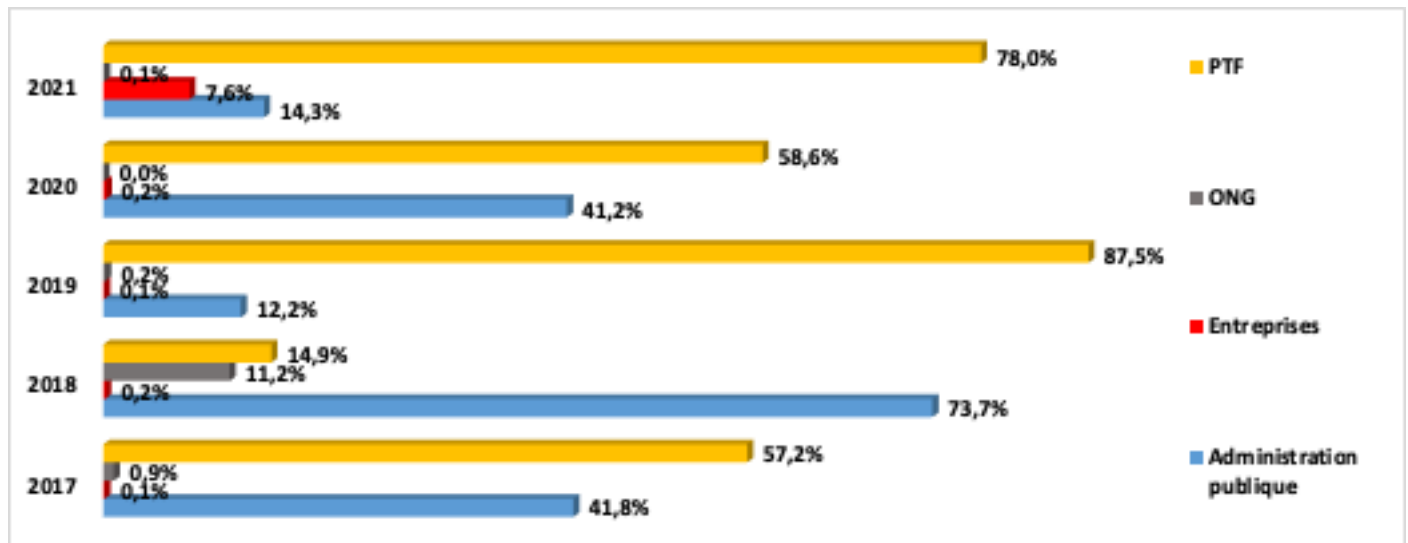


Figure 14 : Répartition des dépenses de formation de capital par sources

Les partenaires techniques et financiers restent la principale source de financement des dépenses en capital avec 57,2% en 2017 et 78,0% en 2021. Néanmoins, en 2018, leur part a baissé au profit de l'Administration publique qui enregistre 73,7% des dépenses. Les entreprises et les ONG concentrent une part très faible des dépenses en formation de capital.

IV.4.2. DÉPENSES EN FORMATION DE CAPITAL PAR PRESTATAIRE

Les dépenses en formation de capital sont des dépenses d'investissement effectuées suivant la pyramide sanitaire.

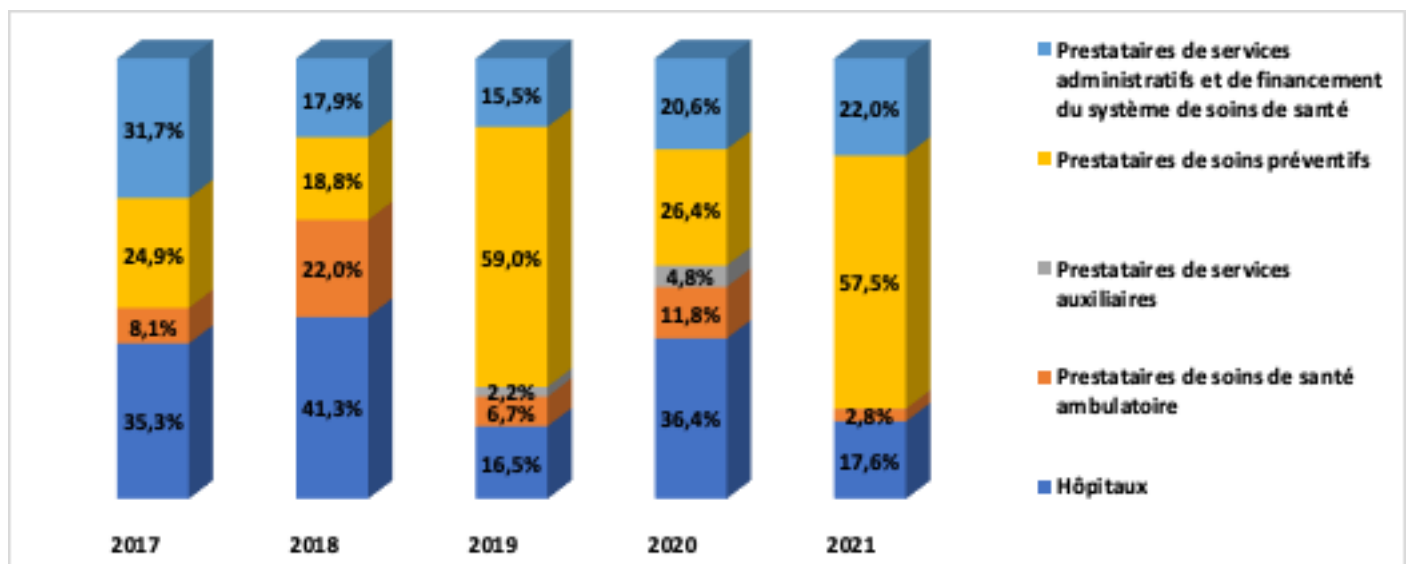


Figure 15 : Évolution de la structure des dépenses en formation de capital par prestataires

Les investissements les plus importants ont été réalisés pour les prestataires des soins préventifs (37,3% en moyenne) et les hôpitaux (29,4% en moyenne). Pour les années 2019 et 2021, l'essentiel des dépenses en capital est destiné aux prestataires de services préventifs avec respectivement 59,0% et 57,5%. Par contre en 2017, 2018 et 2020 les plus importantes réalisations ont été effectuées au niveau des hôpitaux avec respectivement 35,3%, 41,3% et 36,4% des dépenses en capital.

IV.4.3. DÉPENSES EN FORMATION DE CAPITAL PAR GROUPE DE MALADIES

Cette structure permet de répartir les dépenses d'investissement par groupe de maladies.

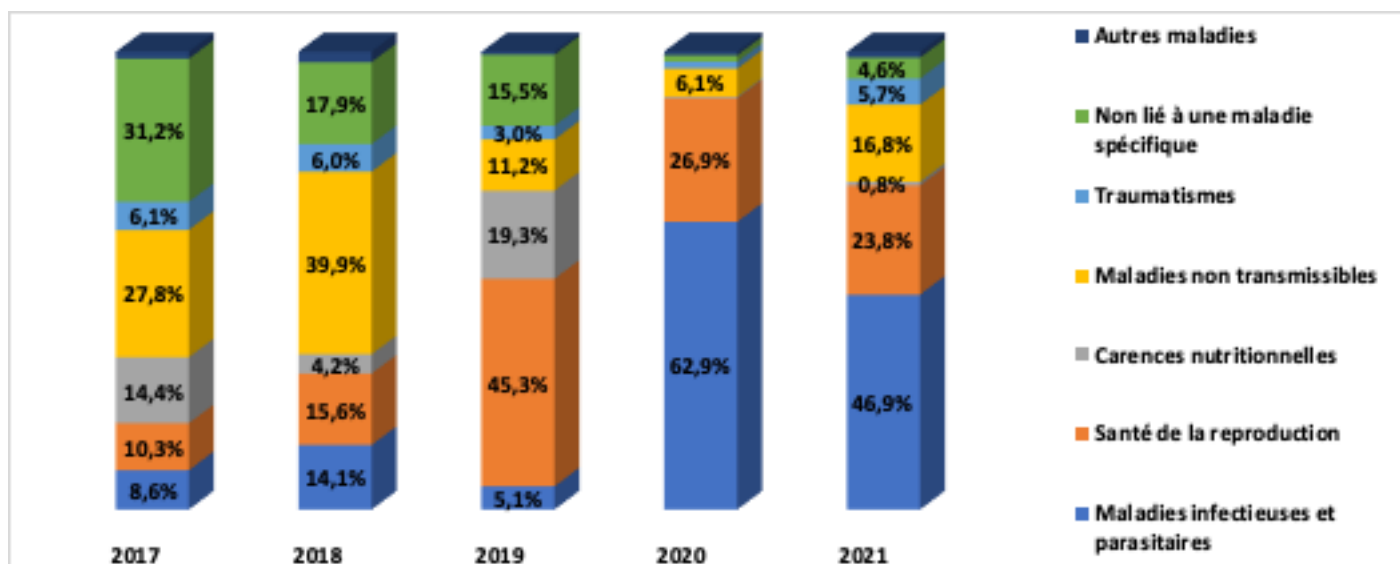


Figure 16 : Évolution de la structure des dépenses en formation de capital par maladies

Les dépenses en capital sont surtout destinées aux maladies infectieuses et parasitaires, à celles liées à la santé de la reproduction et aux MNT.

Il ressort de l'analyse que la part des dépenses en capital pour les maladies infectieuses et parasitaires était relativement faible entre 2017 et 2019 (9,3% en moyenne) et n'a considérablement augmenté qu'en 2020 et 2021 (62,9% et 46,9% respectivement) en raison de l'apparition de la Covid-19. En effet, les dépenses liées à cette dernière représentent près de 90% des dépenses en capital pour les maladies infectieuses et parasitaires en 2020 et 60% en 2021.

Pour les dépenses en SR, leur part dans les dépenses en capital a augmenté passant de 10,3% en 2017 à 45,3% en 2019 avant de se stabiliser à 25,4% en moyenne en 2020 et 2021.

Quant aux dépenses consacrées aux MNT, leur poids a augmenté entre 2017 et 2018 passant de 27,8% à 39,9% avant de baisser pour s'établir à 16,8% en 2021.

Les dépenses non liées à une maladie spécifique représentent en moyenne 14,1% des dépenses.

IV.5. FORMATION ET RECHERCHE EN SANTÉ

IV.5.1. FORMATION ET RECHERCHE PAR SOURCE DE FINANCEMENT

Les dépenses en recherche, éducation et formation sont généralement consenties par les PTF, les ISBLSM (ONG), les entreprises et l'Administration publique.

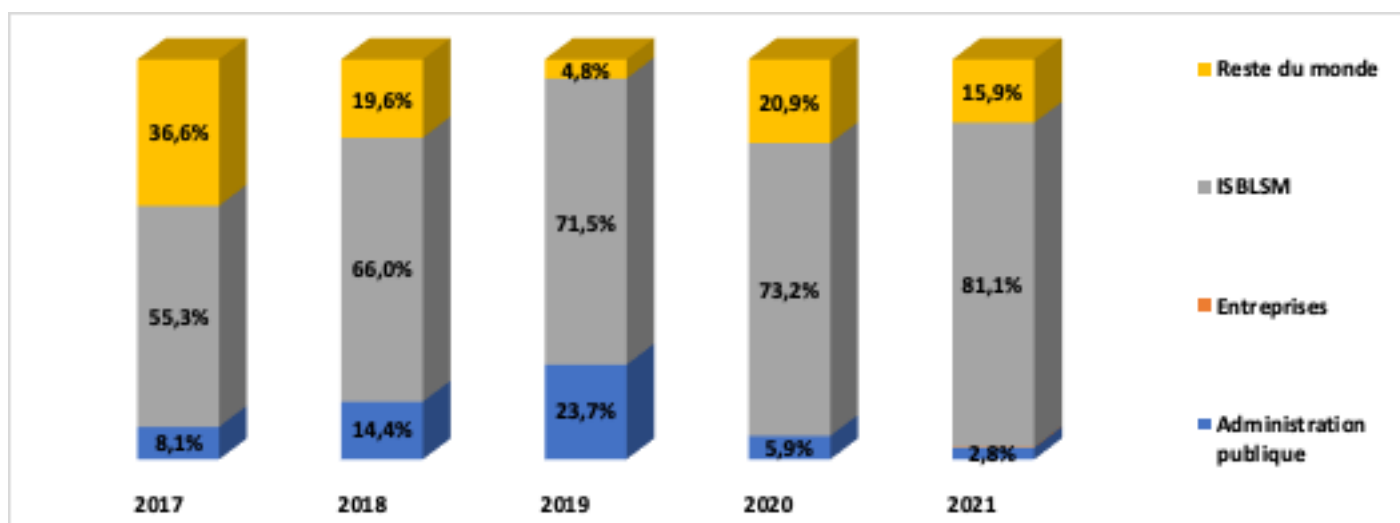


Figure 17 : Évolution de la structure des dépenses de recherche et formation par sources

Il ressort de l'analyse que les ONG restent la principale source de financement de la recherche,

l'éducation et la formation en santé. Leur part dans ces dépenses a augmenté sur la période passant 55,3% en 2017 à 81,1% en 2021.

La part des PTF et de l'Etat, représentant respectivement 19,5% et 11,0% des dépenses en recherche, éducation et formation en santé, est relativement faible comparée à celle des ONG.

IV.5.2. DEPENSE DE FORMATION ET RECHERCHE EN SANTE PAR MALADIE

Les dépenses en recherche, éducation et formation en santé peuvent être réparties suivant les différents groupes de maladies.

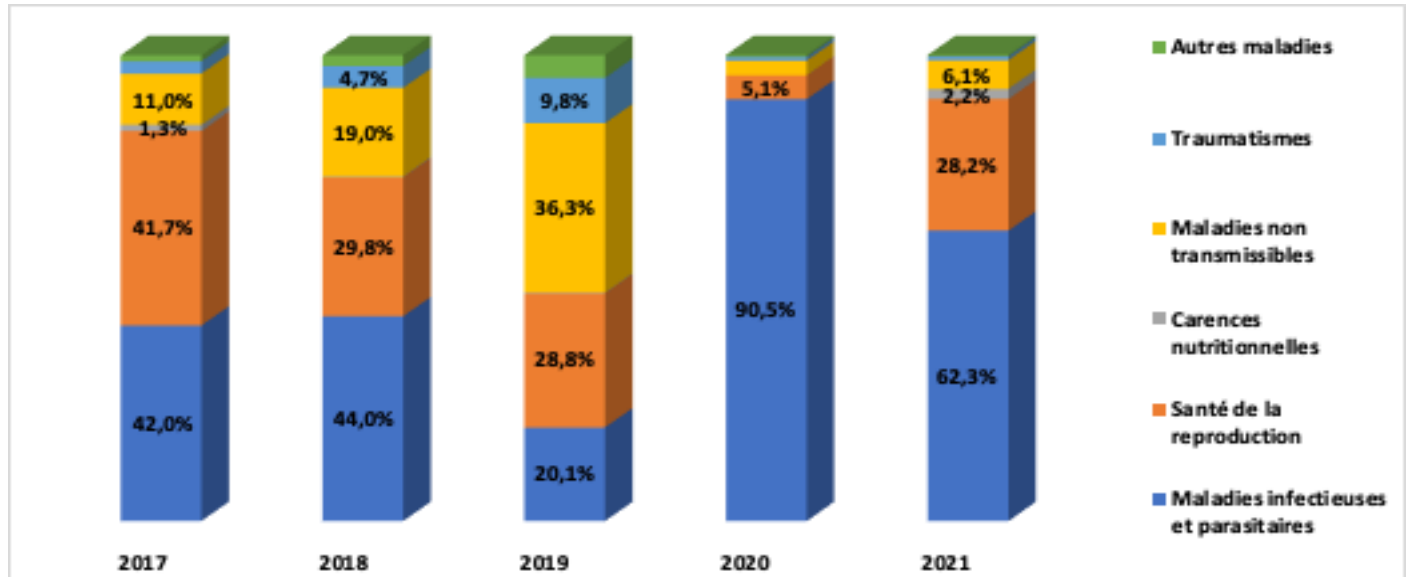


Figure 18 : Évolution de la structure des dépenses de recherche et formation par maladies.

Les dépenses exécutées pour la recherche et la formation sont plus orientées vers les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies non transmissibles et celles liées à la santé de la reproduction.

Avec 43,0% en moyenne en 2017 et 2018, la part des dépenses en recherche et formation a considérablement baissé en 2019 (20,1%) avant de connaître une hausse vertigineuse en 2020 (90,5%) et en 2021 (62,3%). La charge importante de ces dépenses en 2020 est due à l'orientation de la recherche vers la Covid-19 avec 31% des protocoles de recherche soumis au Comité national d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNEERS)⁵.

Par contre, la part des dépenses en SR a baissé sur la période passant de 41,7% en 2017 à 28,2% en 2021. Cette baisse est plus accentuée en 2020 avec seulement 5,1% des dépenses de recherche et formation.

Le poids des dépenses en recherche et formation portant sur les maladies non transmissibles est de plus en plus important entre 2017 et 2019 passant de 11% à 36,3%. Cependant, la réorientation de la recherche vers les maladies infectieuses telle que la Covid-19 a fait baisser les dépenses de recherche et formation sur les MNT en 2020 (3,1%) et 2021 (6,1%).

IV.6. FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Le Ministère en charge de la santé, les autres ministères et institutions publiques, les collectivités territoriales, les entreprises privées, les assurances, les ménages, les ONG et les PTF assurent la prise en charge des biens et services de santé.

IV.6.1. FINANCEMENT DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Les ressources du Ministère de la Santé et de l'Action sociale proviennent essentiellement du budget de l'Etat et de l'appui des PTF.

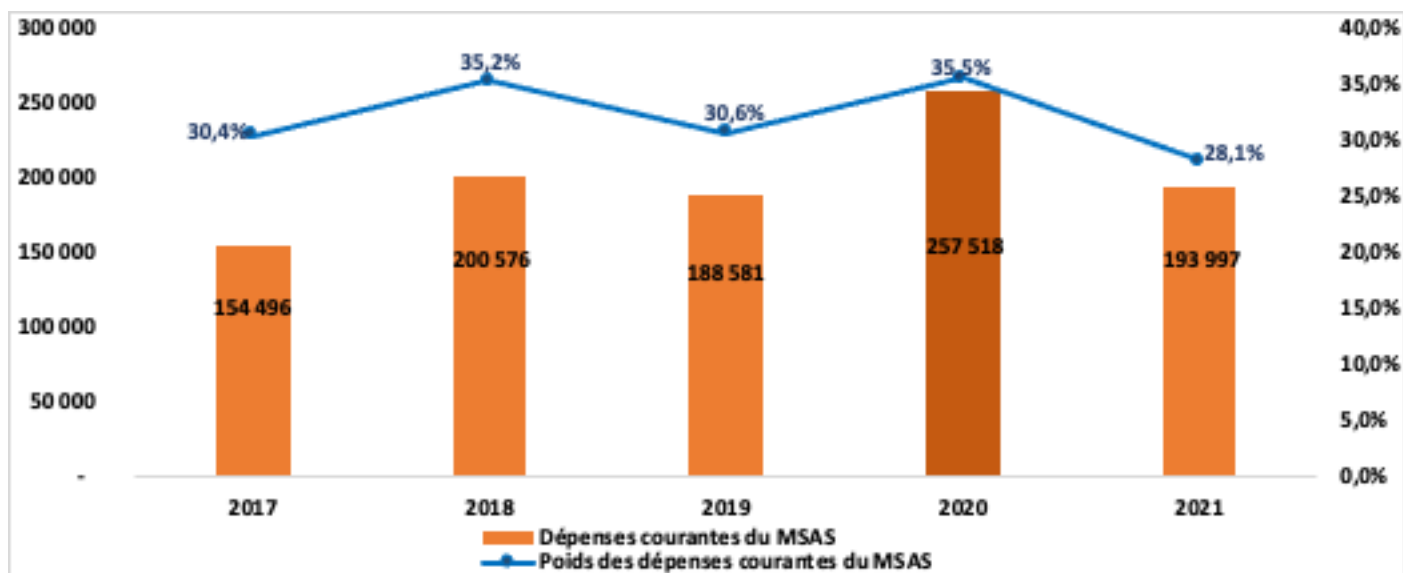


Figure 19 : Évolution des dépenses courantes du ministère de la santé et de l'Action sociale (en millions FCFA) et leur poids dans les dépenses courantes de santé

Entre 2017 et 2021, les dépenses exécutées à travers le MSAS ont évolués de 154,5 en 2017 à 193,9 en 2021 milliards avec un pic de 257,5 milliards est observé en 2020. Cette hausse enregistrée en 2020 est due, en grande partie, à l'importance des moyens financiers mis à la disposition du MSAS à travers le plan de contingence de lutte contre la Covid-19.

IV.6.2. FINANCEMENT DE LA SANTE PAR LES AUTRES MINISTERES ET INSTITUTIONS

Les ressources des Autres ministères proviennent également, pour l'essentiellement, du budget de l'Etat et de l'appui des Partenaires Techniques et Financiers.

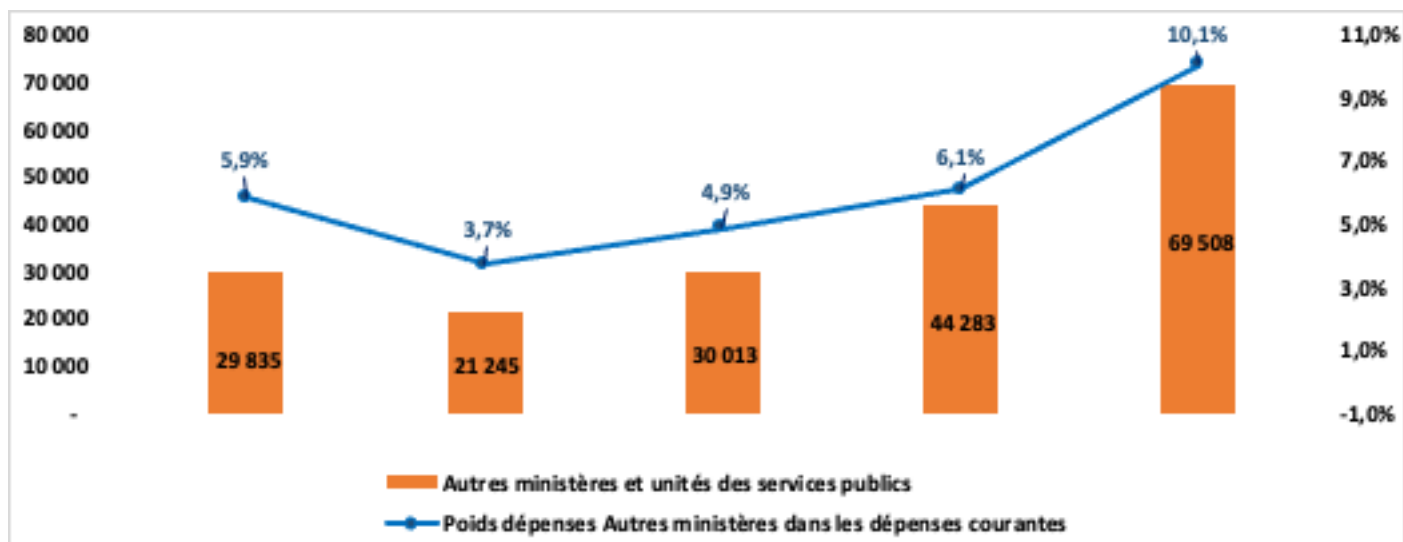


Figure 20 : Évolution des dépenses des autres ministères (en millions FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes

Entre 2017 et 2021, les dépenses des autres ministères et institutions ont connu une hausse de 29,8 à 69,5 milliards. Toutefois une légère baisse est notée en 2018 avec 21,2 milliards.

Le poids des dépenses des autres ministères dans les dépenses courantes de santé a suivi la même tendance passant de 5,9% en 2017 à 10,1% en 2021. Le poids de plus en plus important des dépenses des autres départements ministériels pourrait s'expliquer par la promotion et la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques.

IV.6.3. FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Les collectivités territoriales financent la santé à travers leurs fonds propres, les fonds de dotation (FDD), le budget consolidé d'investissement (BCI), les fonds d'équipement des collectivités territoriales, la contribution économique locale (CEL) et les autres revenus provenant de la diaspora et des mécènes ainsi que les financements de la coopération décentralisée.

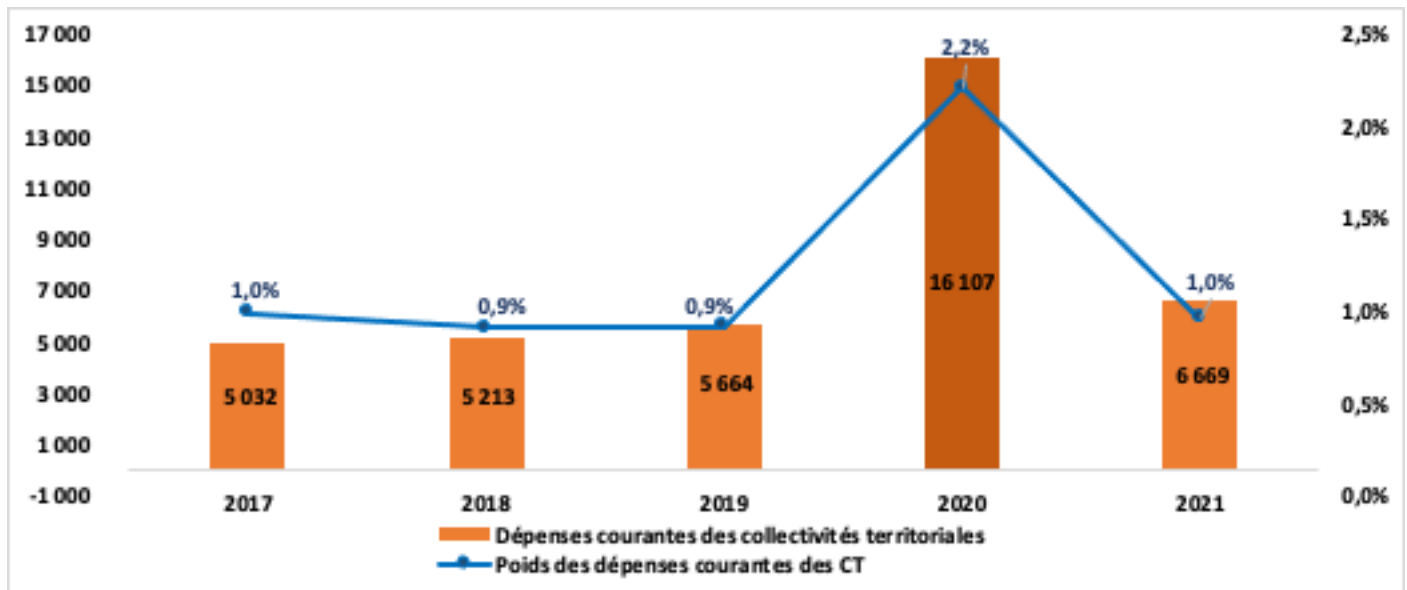


Figure 21 : Évolution des dépenses courantes des collectivités territoriales (en millions FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes

Les dépenses exécutées par les CT ont évolué de 5,0 milliards en 2017 à 6,7 milliards en 2021. Un pic de 16,1 milliards est remarqué en 2020 en raison des ressources importantes mobilisées dans la lutte contre la Covid-19. Ainsi, le poids de leurs dépenses dans les dépenses courantes, de 1% en moyenne, s'est établi à 2,2% en 2020.

IV.6.4. FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR LES ENTREPRISES

La contribution des entreprises au financement de la santé se fait à travers les fonds alloués à la médecine d'entreprise, à la responsabilité sociale des entreprises (RSE), aux cotisations sociales maladie et autres prises en charge directes.

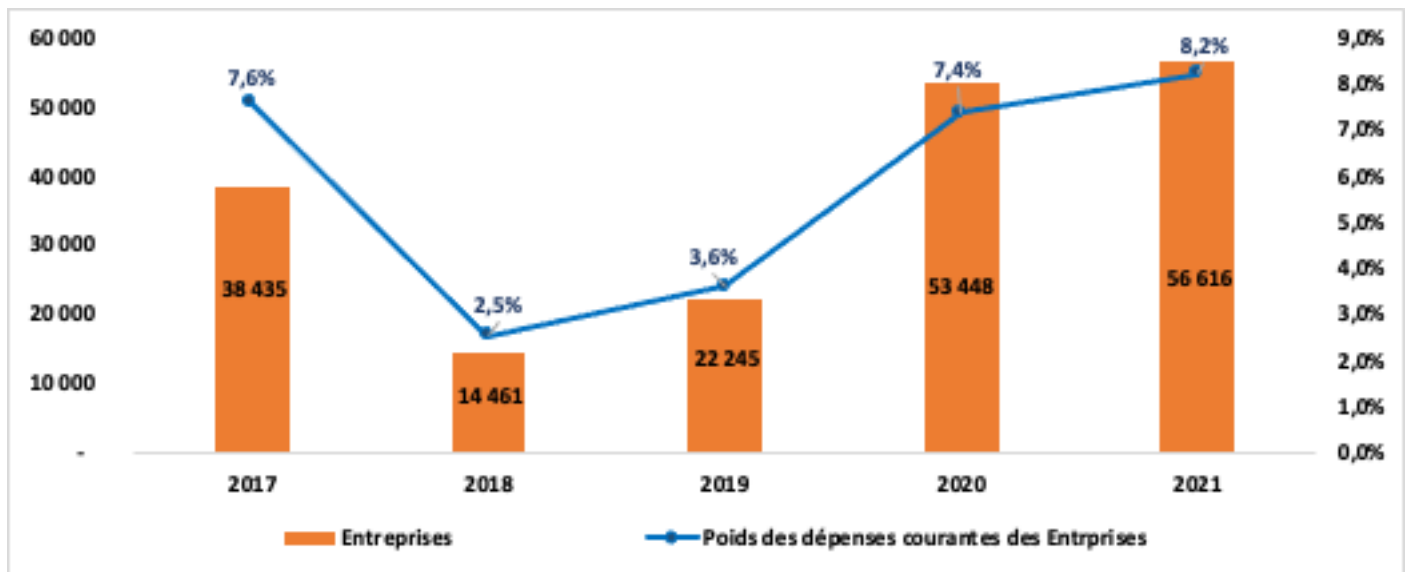


Figure 22 : Évolution des dépenses courantes des entreprises (en millions FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes

Après une baisse de près de 25 milliards constatée entre 2017 et 2018, les dépenses de santé des entreprises ont augmenté régulièrement de 22,2 milliards en 2019 pour atteindre 56,6 milliards en 2021.

IV.6.5. FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR LES MÉCANISMES D'ASSURANCE

Au Sénégal, il existe deux formes d'assurance maladie : obligatoire et volontaire. L'assurance maladie obligatoire (contributive et non contributive) est constituée par les imputations budgétaires, les institutions de prévoyance sociale (IPRES, CSS) et les institutions de prévoyance maladie qui prennent en charge partiellement ou totalement les dépenses médicales des employés et de leurs ayants droit. L'assurance maladie volontaire, à travers les sociétés d'assurance privées (SAP) et les mutuelles de santé, assure la couverture maladie des souscripteurs par une cotisation ou une prime.

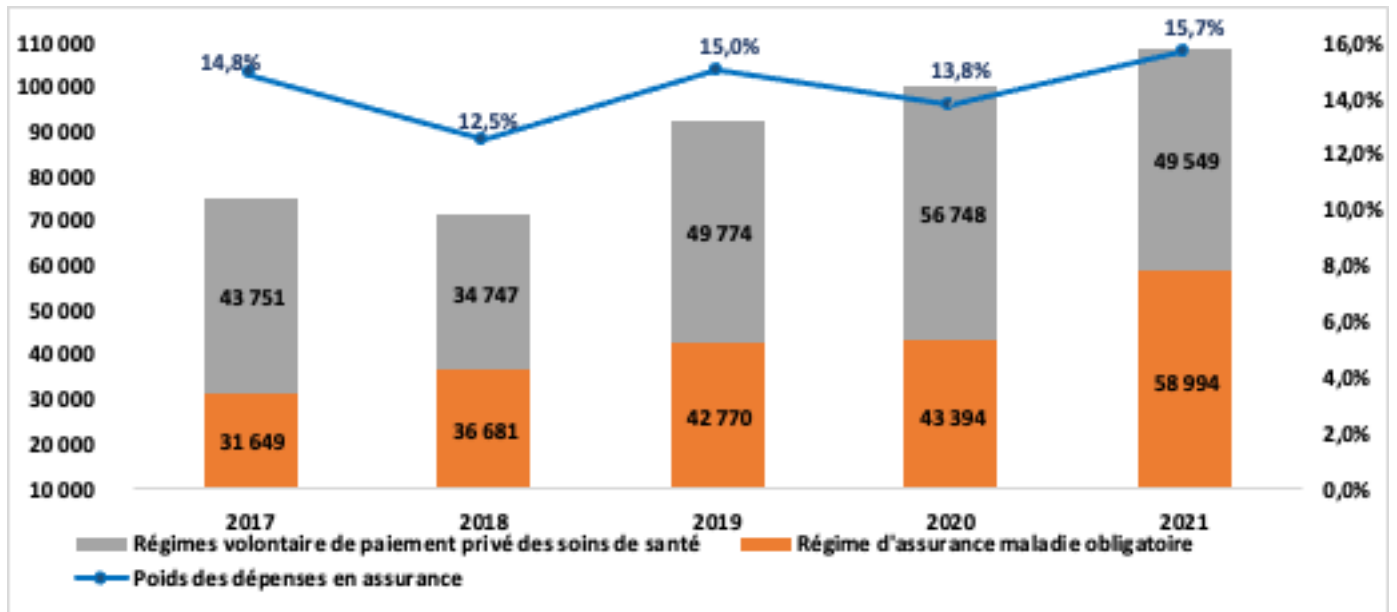


Figure 23 : Évolution des dépenses courantes en assurances maladie par mécanismes (en millions FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes.

Les dépenses courantes en assurances maladie ont globalement augmenté de 2017 à 2021. Cette hausse est constatée aussi bien pour les régimes d'assurance maladie obligatoire que volontaire. En effet, les dépenses d'assurance maladie obligatoire sont passées de 31,6 en 2017 à 58,9 milliards en 2021 et celles en assurances volontaire de 43,7 en 2017 à 56,7 milliards en 2020 et à 49,5 milliards en 2021. Cette hausse est due à l'augmentation du nombre de bénéficiaires aussi bien au niveau des mutuelles de santé, IPM, SAP et autres institutions d'assurance maladie.

Sur la période, le poids des dépenses en assurances maladie est en moyenne 14,4% des dépenses courantes de santé.

IV.6.6. FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR LES MÉNAGES

Les ménages financent la santé à travers les paiements directs, les tickets modérateurs et les dons.

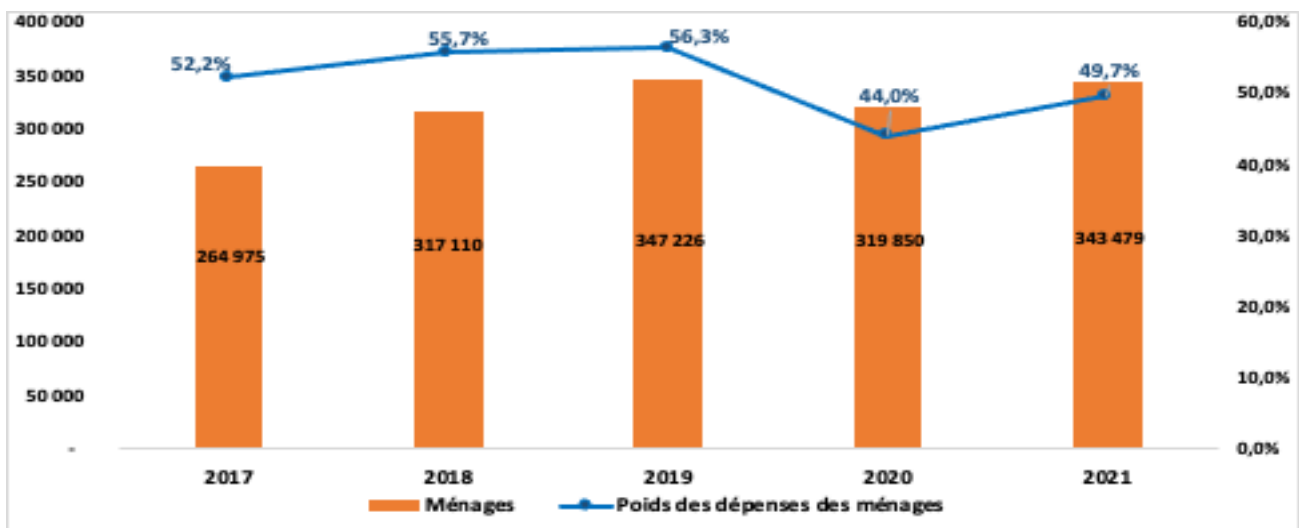


Figure 24 : Évolution des dépenses courantes des ménages (en millions FCFA) et leur part dans les dépenses courantes.

Les dépenses de santé des ménages ont régulièrement augmenté entre 2017 et 2019 passant de 264,9 à 347,2 milliards, soit plus de 80 milliards en deux ans. Toutefois, une baisse de près de 30 milliards est observée en 2020 imputable aux restrictions liées à la lutte contre la Covid-19 qui ont entraîné une diminution considérable de la fréquentation et par conséquent des dépenses des ménages au niveau des structures sanitaires. Entre 2020 et 2021, les dépenses sont passées de 319,9 à 343,5 milliards, soit une progression de 7,4%.

IV.6.7. PAIEMENTS DIRECTS DES MÉNAGES

Les paiements directs constituent les dépenses effectuées directement par les ménages auprès des structures de santé.

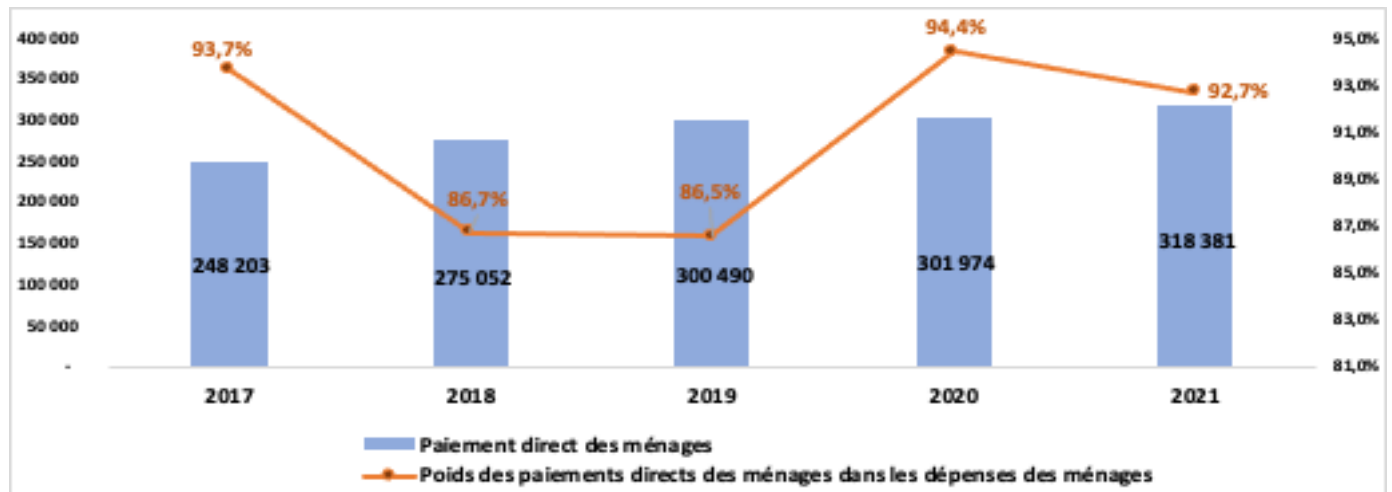


Figure 25 : Évolution des paiements directs des ménages (en milliards FCFA) et leur part dans les dépenses courantes de santé.

Les paiements directs des ménages ont régulièrement augmenté sur la période sous revue passant de 248,2 milliards en 2017 à 318,4 milliards en 2021. Ces paiements directs représentent 90,8% en moyenne des dépenses des ménages sur la période de 2017 à 2021, contre 95% de 2014 à 2016. Cela représente un gain de cinq (5) points de pourcentage de paiements des ménages à travers les systèmes d'assurance maladie aussi bien obligatoire que volontaire, attribuable aux efforts de l'Etat dans la politique de couverture maladie universelle faisant passer le taux de couverture, tous régimes confondus, de 49,3% en 2017 à 53,2% en 2021.

IV.6.8. FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR LES ONG

Les ONG financent la santé à travers les ressources mobilisées essentiellement auprès des donateurs et partenaires.

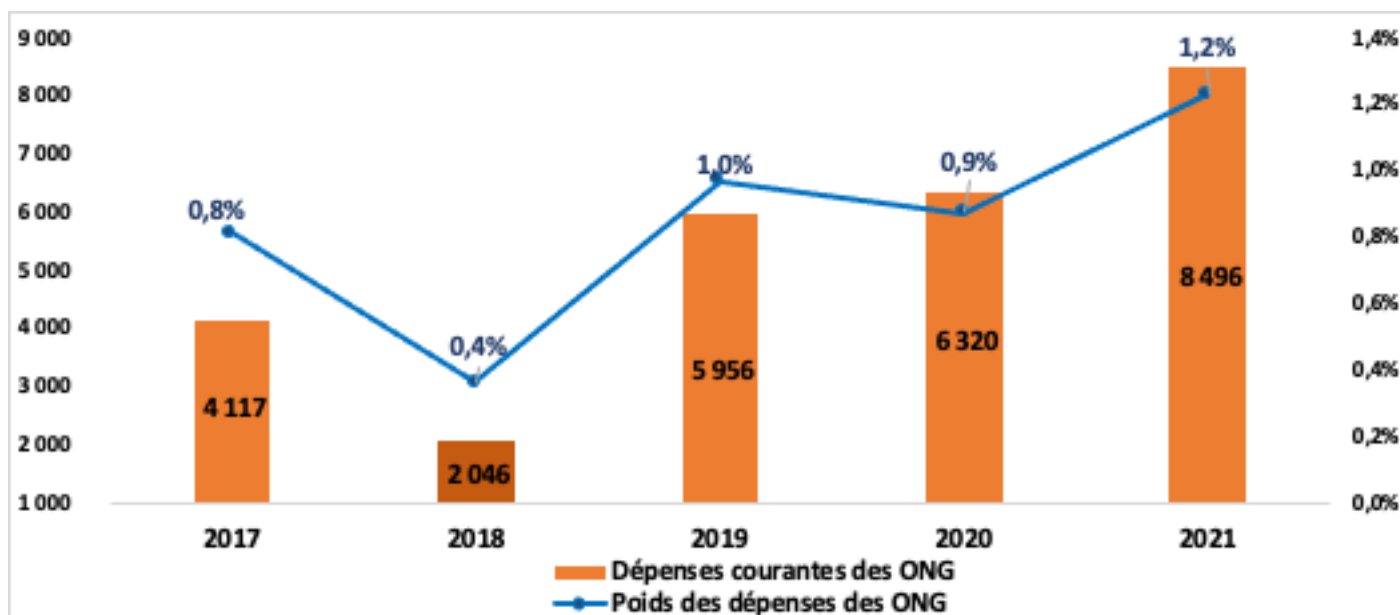


Figure 26 : Évolution des dépenses des ONG (en millions FCFA) et leur poids dans les dépenses courantes de santé.

Après une baisse constatée entre 2017 (4,1 milliards) et 2018 (2,0 milliards), les dépenses de santé des ONG ont régulièrement augmenté jusqu'à atteindre 8,5 milliards en 2021. Le poids des dépenses des ONG dans les dépenses courantes de santé a suivi une évolution similaire sauf en 2020 où une baisse est notée.

Ces dépenses importantes entre 2019 et 2021 sont, en partie, attribuables à l'engagement des organisations non gouvernementales dans la sensibilisation des populations sur les maladies infectieuses telles que le VIH/Sida, sur les maladies à soins coûteux, sur celles liées à la santé de la mère et de l'enfant mais aussi sur les gestes barrières et la vaccination contre la Covid-19.

V. PRINCIPAUX INDICATEURS

■ Indicateurs de base

Libellé indicateur	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Population (en million)	13,51	13,93	14,36	14,80	15,26	15,73	16,21	16,71	17,22
Dépenses totales des administrations publiques (en million de FCFA)	2 301 580	2 216 460	2 661 500	3 423 500	3 350 861	4 540 624	3 199 222	4 550 921	6 216 553
PIB (en million de FCFA)	7 350 000	9 775 000	10 508 700	11 251 700	12 191 796	12 840 090	13 709 621	14 100 966	15 116 500
Dépenses courantes (en million de FCFA)	409 824	429 716	460 549	480 761	507 744	569 485	616 446	726 371	691 184
Dépenses de capital (en million de FCFA)	20 854	53 491	36 494	49 565	44 248	31 054	88 015	124 484	141 926
Dépenses totales de santé (en million de FCFA)	430 677	483 208	497 044	530 327	551 992	600 539	704 461	850 855	833 110
Dépenses des ménages (en million de FCFA)	237 596	226 805	245 992	258 618	264 975	317 110	347 226	319 850	343 479
Paiements directs des ménages (en million de FCFA)	226 368	216 155	233 887	245 594	232 446	257 571	281 604	282 958	298 332
Dépenses publiques de santé (en million de FCFA)	94 268	90 501	96 707	103 447	107 121	119 813	115 705	220 786	144 599
Dépenses privées de santé (en million de FCFA)	260 357	251 168	273 020	286 940	307 527	333 617	375 427	379 617	408 590
Dépenses du secteur privé sanitaire	203 710	202 753	212 923	231 674	240 264	240 324	269 570	294 627	317 285
Dépenses totales de santé par habitant (en FCFA)	31 881	34 698	34 621	35 833	36 181	38 188	43 461	50 932	48 371
Dépenses publiques de santé par habitant (en FCFA)	6 978	6 499	6 736	6 990	7 021	7 619	7 138	13 216	8 395
Paiements directs des ménages par habitant (en FCFA)	16 757	15 521	16 291	16 594	15 236	16 379	17 373	16 938	17 321
Dépenses totales de santé en pourcentage (%) du PIB	5,9%	4,9%	4,7%	4,7%	4,5%	4,7%	5,1%	6,0%	5,5%
Part des dépenses privées dans les dépenses courantes de santé	63,5%	58,4%	59,3%	59,7%	60,6%	58,6%	60,9%	52,3%	59,1%
Part des dépenses du secteur privé sanitaire dans les dépenses courantes de santé	49,7%	47,2%	46,2%	48,2%	47,3%	42,2%	43,7%	40,6%	45,9%
Dépenses de santé en capital (HK) en % du Produit Intérieur Brut (PIB) Domestic Product (GDP)	0,3%	0,5%	0,3%	0,4%	0,4%	0,2%	0,6%	0,9%	0,9%
Les dépenses du gouvernement + régimes obligatoires de santé en % des dépenses totales de santé	36,7%	38,4%	39,7%	38,7%	39,1%	43,2%	37,8%	43,2%	38,8%
Les dépenses des régimes volontaires de paiement privé des soins de santé en % des dépenses totales de santé	5,9%	5,8%	5,9%	5,7%	7,9%	5,8%	7,1%	6,7%	5,9%
Les dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	58,0%	46,9%	49,5%	48,8%	48,0%	52,8%	49,3%	37,6%	41,2%
Les dépenses de santé des ménages en % des dépenses courantes de santé	58,0%	52,8%	53,4%	53,8%	52,2%	55,7%	56,3%	44,0%	49,7%
Les dépenses de santé des ménages par paiement direct en % des dépenses de santé des ménages	95,3%	95,3%	95,1%	95,0%	87,7%	81,2%	81,1%	88,5%	86,9%

Libellé indicateur	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Les dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales courantes en santé	16,7%	24,7%	22,0%	21,7%	19,8%	22,8%	23,6%	14,7%	17,1%
Les dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales courantes en santé	30,2%	26,8%	29,5%	32,1%	29,4%	30,8%	32,7%	30,0%	27,9%
Les dépenses de médicaments en % des dépenses totales courantes en santé	34,8%	35,1%	35,1%	35,8%	35,6%	33,9%	34,2%	30,7%	35,0%
Les dépenses de médicaments en % des paiements directs des ménages	58,5%	63,7%	62,2%	64,1%	77,8%	74,9%	74,8%	78,8%	81,1%
Les dépenses d'administration générale de la santé en % des dépenses totales courantes en santé	12,4%	9,9%	9,8%	6,7%	12,3%	10,5%	7,1%	19,4%	16,9%
Ratio de capital par rapport à la dépense courante + capital en santé	4,8%	11,1%	7,3%	9,3%	8,0%	5,2%	12,5%	14,6%	17,0%
Les dépenses courantes de santé en % la dépense courante + capital en santé	95,2%	88,9%	92,7%	90,7%	92,0%	94,8%	87,5%	85,4%	83,0%
Part des paiements directs dans les dépenses totales de santé	52,6%	44,7%	47,1%	46,3%	42,1%	42,9%	40,0%	33,3%	35,8%
Part des paiements directs dans les dépenses courantes de santé	55,2%	50,3%	50,8%	51,1%	45,8%	45,2%	45,7%	39,0%	43,2%
Part des paiements directs dans les dépenses de santé des ménages	95,3%	95,3%	95,1%	95,0%	87,7%	81,2%	81,1%	88,5%	86,9%
Part des dépenses du gouvernement dans les dépenses totales de santé	21,9%	18,7%	19,5%	19,5%	19,4%	20,0%	16,4%	25,9%	17,4%
Part des dépenses du gouvernement dans les dépenses courantes de santé	23,0%	21,1%	21,0%	21,5%	21,1%	21,0%	18,8%	30,4%	20,9%
Poids des dépenses courantes du gouvernement en SSP dans les dépenses du gouvernement	41,7%	25,5%	36,9%	32,9%	54,8%	51,5%	43,2%	42,1%	43,6%
Part des dépenses du reste du monde dans les dépenses totales de santé	8,8%	16,3%	16,7%	15,7%	16,9%	19,3%	17,8%	14,8%	16,6%
Part des dépenses du reste du monde dans les dépenses courantes de santé	9,3%	18,3%	18,0%	17,3%	18,3%	20,4%	20,3%	17,3%	20,0%
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales des administrations publiques	4,1%	4,1%	3,6%	3,0%	3,2%	2,6%	3,6%	4,9%	2,3%
Dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé	21,9%	18,7%	19,5%	19,5%	19,4%	20,0%	16,4%	25,9%	17,4%

■ Indicateurs optionnels

Libellé indicateur	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses de santé du reste du monde (million de FCFA)	60 076	88 047	90 823	90 374	93 097	116 054	125 315	125 960	137 994
Dépenses en salaires payés par l'Etat (million de FCFA)		43 524	43 922	54 676	36 675	46 263	64 181	99 577	66 559
Dépenses assurances maladie (en million de FCFA)		39 515	45 734	49 428	64 353	61 804	83 685	86 910	92 257
Dépenses de soins curatifs	123 820	115 347	135 841	154 438	149 067	175 429	201 830	217 836	192 705
Dépenses de soins préventifs	68 372	106 051	101 139	104 333	100 651	129 746	145 485	106 575	118 206
Dépenses de santé des collectivités territoriales	7 022	7 515	6 905	7 939	5 032	5 213	5 664	16 107	6 669
Dépenses de santé des collectivités territoriales sur fonds propres		4 454	3 427	4 158	4 255	3 261	3 830	6 711	4 276
Dépenses de soins préventifs publiques		27 198	17 031	25 815	17 811	16 543	13 630	45 489	17 742

Libellé indicateur	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses courantes de santé en soins de santé primaires (SSP)	260 783	252 362	289 343	300 323	365 415	406 807	435 102	466 201	477 879
Dépenses courantes de santé du gouvernement en SSP	39 282	23 086	35 710	34 005	58 655	61 675	49 998	92 975	63 090
Part des salaires payés par l'Etat au personnel de santé dans les dépenses courantes de santé de l'Etat		48,1%	45,4%	52,9%	29,8%	32,1%	44,3%	41,0%	36,3%
Ratio dépenses en soins préventifs sur dépenses en soins curatifs	0,6	0,9	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,5	0,6
Part des dépenses courantes en SSP du gouvernement dans les dépenses courantes du gouvernement	41,7%	25,5%	36,9%	32,9%	54,8%	51,5%	43,2%	42,1%	43,6%
Dépenses de santé des collectivités territoriales en % des dépenses totales courantes de santé	1,7%	1,7%	1,5%	1,7%	1,0%	0,9%	0,9%	2,2%	1,0%
Dépenses de santé des collectivités territoriales sur fonds propres en % des dépenses courantes des CT		59,3	49,6	52,4	84,5%	62,6%	67,6%	41,7%	64,1%
Part des dépenses de soins préventifs publics dans les dépenses de soins préventifs de santé		25,6%	16,8%	24,7%	25,8%	13,7%	11,4%	12,8%	35,3%
Part des dépenses publiques de santé dans les dépenses générale de l'Etat	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,6%	3,5%	6,5%	4,6%
Part des dépenses en recherche dans les dépenses courantes de santé	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	1,2%	1,5%	2,3%	1,8%

VI. ANALYSE DES DÉPENSES DES PROGRAMMES DE SANTÉ

VI.1. DÉPENSES EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION (SR)

VI.1.1. APERÇU GÉNÉRAL SUR LA SITUATION DE LA SR

Le gouvernement du Sénégal a fait de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune, une priorité. Afin d'améliorer leur état de santé, plusieurs documents stratégiques ont été élaborés. En plus, la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire et social (PNSS) a permis une amélioration des indicateurs d'impact.

Entre 2010 et 2017, le taux de mortalité maternelle a connu des progrès notables. Il est passé de 392 à 236 décès pour 100 000 naissances vivantes soit une réduction de 39,8% (EDS).

De 2017 à 2019, la tendance de la mortalité infanto-juvénile a baissé de manière significative, passant de 56 à 37 pour 1000 naissances vivantes (EDS-c).

Il est attendu selon l'ODD3, d'ici 2030 que le taux de mortalité maternelle au niveau mondial passe en dessous de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et celui infanto-juvénile à moins de 25 pour 1000 naissances vivantes. Ainsi des progrès importants ont été certes réalisés, cependant des efforts restent à faire pour atteindre l'ODD3.

VI.1.2. ANALYSE DES SOURCES DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Les principales sources de financement de la santé de la reproduction (SR) sont les PTF, les ménages, l'administration publique, les ONG et les entreprises.

Tableau 7 : Evolution des dépenses courantes en SR de 2017 à 2021

Montant en million de FCFA	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses courantes en SR	73 834	74 611	100 610	70 230	82 140

Les dépenses courantes en SR ont augmenté sur la période passant de 73,8 milliards en 2017 à 82,1 milliards en 2021 avec un pic de 100,6 milliards en 2019.

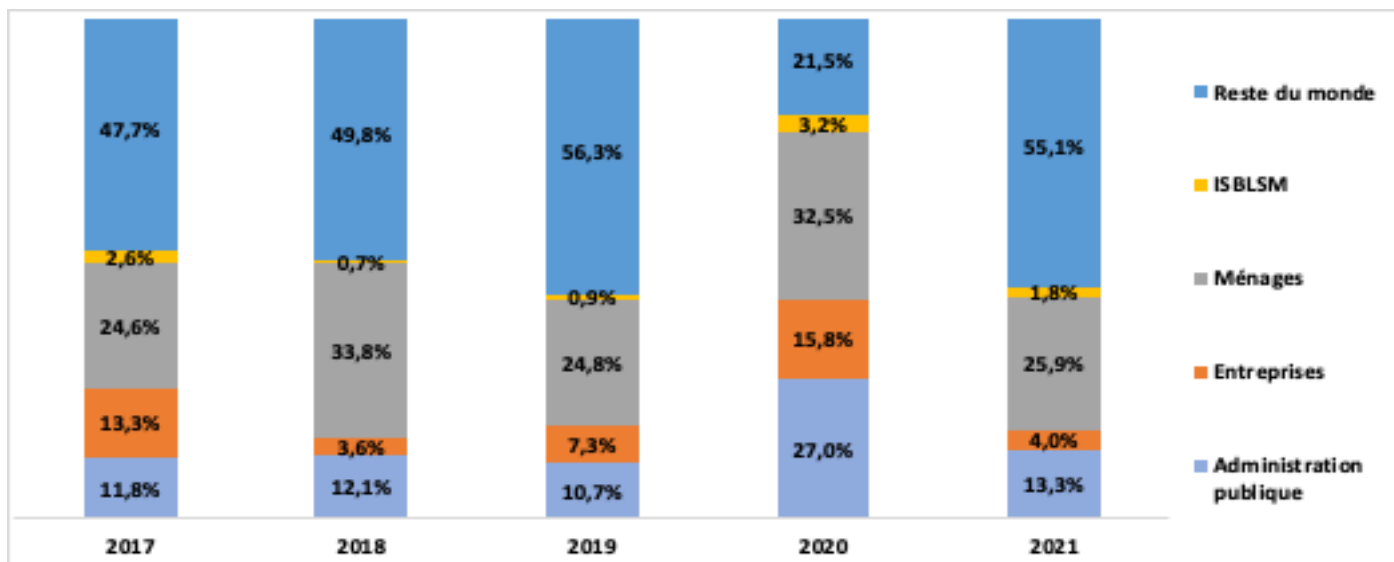


Figure 27 : Structure des dépenses en santé de la reproduction par sources

Pour les années 2017 à 2019 et 2021, la principale source de financement de la SR reste les PTF avec en moyenne 43,6 milliards mobilisés par années, soit 52,2% des dépenses courantes de santé en SR, suivi des ménages avec 22,4 milliards par an (soit 27,3%) et de l'Administration publique avec 9,9 milliards par an (soit 12,0%). Cependant, en 2020, la structure du financement de la SR a changé avec les ménages qui deviennent la première source avec 22,8 milliards (soit 32,5%) suivi de l'administration publique avec 18 milliards (soit 27%) et des PTF avec 15,1 milliards (soit 21,5%). Toutefois, il faut noter une contribution importante des entreprises en 2020 avec 11,1 milliards, soit 15,8% des dépenses en SR.

VI.1.3. ANALYSE DES FACTEURS DE PRESTATION DE SOINS DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Les dépenses en facteur de prestations de soins de santé de la reproduction sont les intrants utilisés par les prestataires pour produire les biens et services de santé de la reproduction. Exemple : biens non sanitaires, produits pharmaceutiques, salaires, etc.

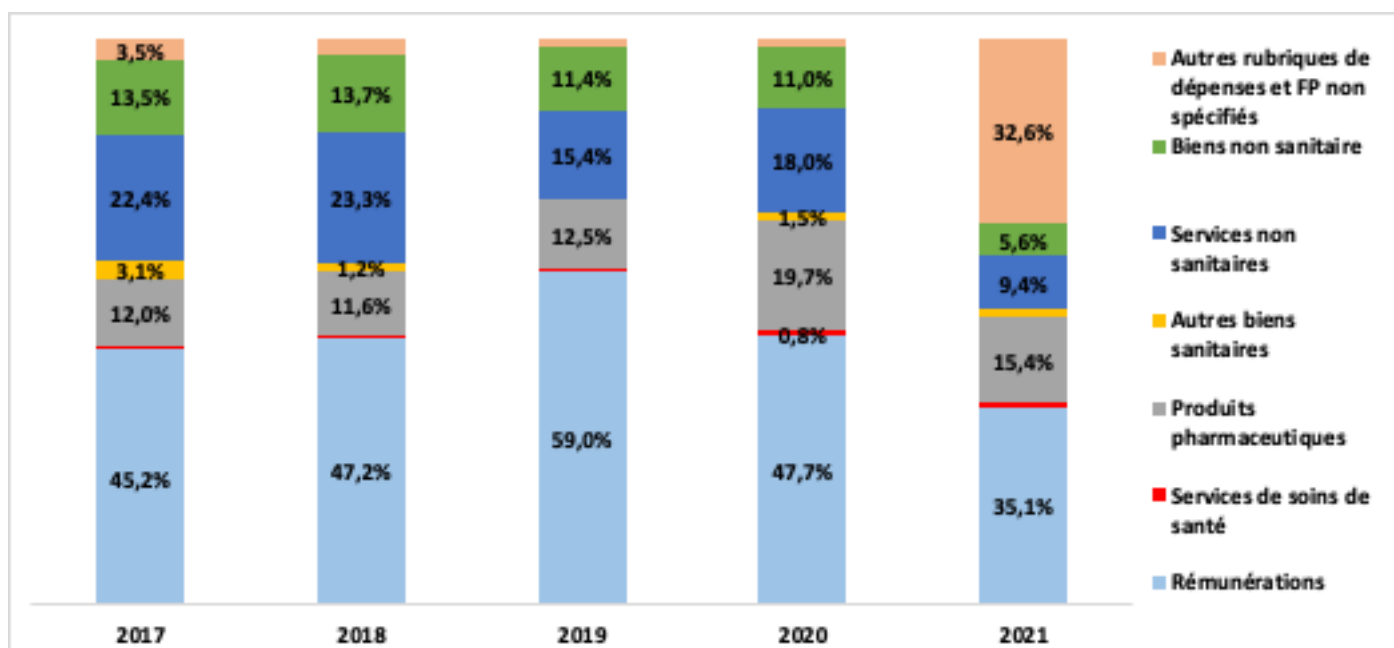


Figure 28 : Structure des dépenses en santé de la reproduction par facteurs de prestation

Sur la période de 2017 à 2021, les postes de dépenses les plus importants pour la production de biens et services de santé de la reproduction restent les rémunérations avec en moyenne 46,8% des dépenses courantes de santé suivi des services non sanitaires (17,7%), les produits pharmaceutiques (14,3%) et les biens non sanitaires (11,1%).

VI.2. DÉPENSES EN PLANIFICATION FAMILIALE (PF)

VI.2.1. APERÇU GÉNÉRAL SUR LA SITUATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Au cours des vingt dernières années, des progrès ont été réalisés pour accroître l'accès à la contraception au Sénégal. L'un des principaux résultats a été l'accroissement de la prévalence contraceptive et, l'un de ses corollaires, la forte réduction du ratio de mortalité maternelle.

Au terme de l'évaluation du Cadre stratégique national de planification familiale (CSNPF) 2016 - 2020, il persiste encore des défis et insuffisances qui doivent être pris en compte pour atteindre les objectifs et améliorer l'environnement sanitaire et économique du pays. Parmi les défis on peut citer, entre autres, la persistance des Besoins non satisfaits en PF (BNS/PF) qui restent encore élevés, en dépit des efforts déployés ; l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines ; la non intégration des services de Planification Familiale aux autres services dans le cadre de l'identification des besoins des clientes ; l'absence d'offre de services complète au niveau des officines ; le manque de diversification des financements et la répartition inéquitable des ressources par domaine d'intervention en rapport avec les priorités stratégiques nationales.

Selon l'EDS 2015, plus de trois quarts des femmes connaissent au moins une méthode contraceptive, soit une proportion de 95%. En 2019, il a été constaté que 27 % des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive. Dans la majorité des cas, elles ont porté leur choix sur les méthodes modernes (26 %). Seulement 1 % avaient recours à une méthode traditionnelle.

Parmi les méthodes les plus utilisées il a été noté : les implants (10%), les injectables (8%) et les pilules (4%).

Dans l'optique d'atteindre le Taux de prévalence contraceptif (TPC) de 45 % fixé en 2020, un focus a été mis sur la mise en œuvre du plan d'accélération en plus des interventions à haut impact pour la résorption des besoins non satisfaits (BNS). Il s'agit de la planification post-partum (PFPP), l'identification Systématique des Besoins de la Cliente en PF (ISBC/PF) et la DMPA-SC en auto-injection.

VI.2.2. ANALYSE DES DÉPENSES EN PF PAR SOURCE DE FINANCEMENT

Les sources de financement des dépenses courantes en PF sont les PTF, les ménages, l'administration publique, les ONG et les entreprises.

Tableau 8: Evolution des dépenses courantes en PF de 2017 à 2021

<i>Montant en million de FCFA</i>	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses courantes en PF	6 229	6 202	11 867	5 866	16 536

De 2017 à 2019, les dépenses courantes en PF ont augmenté de 6,2 à 11,9 milliards. Toutefois, une baisse de près de 6 milliards a été constatée en 2020 pour ensuite s'établir à 16,5 milliards en 2021.

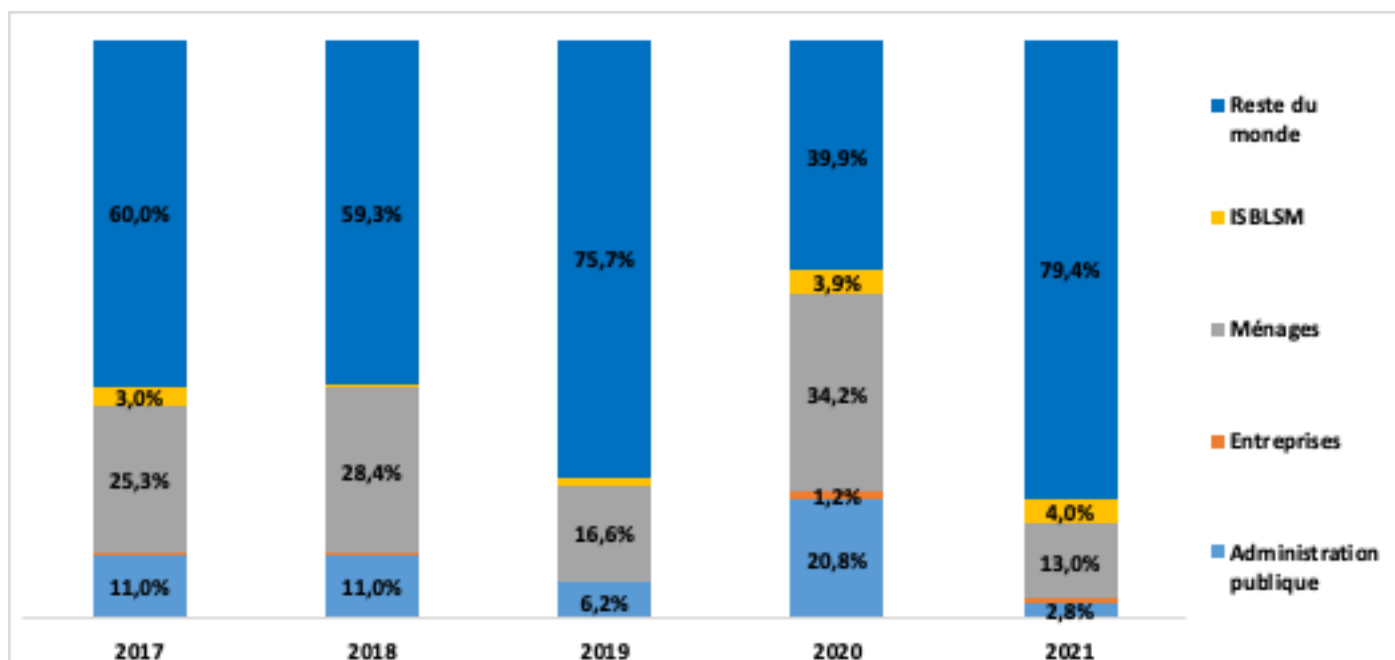


Figure 29 : Structure des dépenses en PF par sources de financement

Pour les années 2017 à 2019 et 2021, la principale source de financement de la PF reste les PTF avec en moyenne 7,3 milliards par année, soit 68,6% des dépenses courantes de santé en PF.

S’agissant des ménages, leurs dépenses en PF ont régulièrement augmenté sur la période passant de 1,5 à 2,2 milliards entre 2017 et 2021 bien que leurs poids dans les dépenses aient baissé en 2019 et en 2021 pour s’établir respectivement à 16,6% et 13%. Cette baisse s’explique par la contribution importante des PTF pour ces deux années.

Toutefois, nous pouvons constater une allocation considérable de l’Etat en 2020 avec 1,2 milliards, soit 20,8% du poids des dépenses courantes en PF.

VI.2.3. ANALYSE DES DÉPENSES EN PF PAR FACTEUR DE PRESTATION

Les dépenses en facteur de prestations sont les intrants utilisés par les prestataires pour produire les biens et services de santé pour le planning familial. Exemple : biens non sanitaires, contraceptifs, rémunérations, etc.

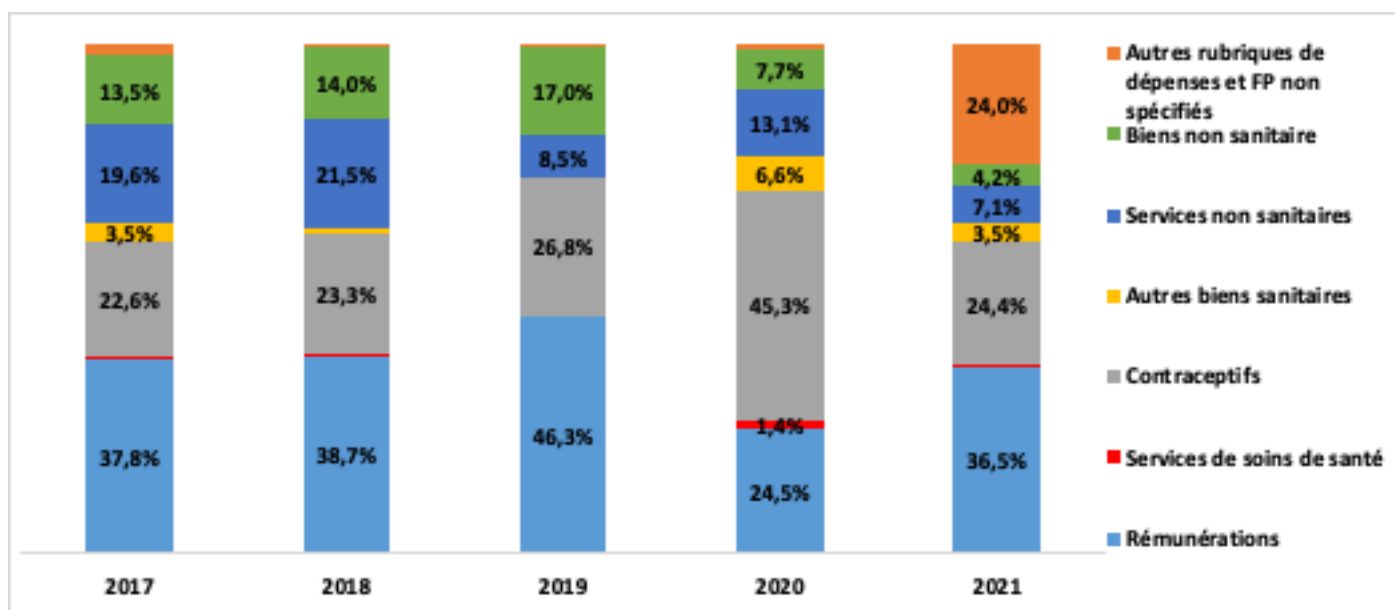


Figure 30 : Évolution des dépenses en PF par facteurs de prestation

Sur la période de 2017 à 2021, les dépenses les plus importantes pour la production de biens et services de la planification familiale restent les rémunérations avec en moyenne 36,8% des dépenses courantes de santé suivie de l’achat de produits contraceptifs (28,5%), des services non sanitaires (14,0%) et les biens non sanitaires (11,1%).

VI.3. DÉPENSES SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (SSP)

VI.3.1. APERÇU SUR LA SITUATION DES SSP

L'Article 6 de la Déclaration d'Alma Ata de 1978 stipule que « Les Soins de Santé Primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratique, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination... ».

L'adoption des soins de santé primaires en 1978 a marqué un tournant dans les politiques de santé et vise à renforcer la responsabilisation des membres de la communauté et à réduire les inégalités de santé. Les SSP comportent 5 principes de base et 8 composantes.

L'initiative de Bamako (IB) adoptée dix (10) ans plus tard par les gouvernements africains visait à établir un financement durable de ces soins à travers la participation financière et l'implication des populations dans la gestion des structures de santé. Cette participation de la population à l'effort de développement a été formalisée depuis 1972 par différents lois et règlements dont le décret 2018-35 portant statut-type des Comités de Développement sanitaire (CDS).

Plus de la moitié de la population mondiale, soit près de 3,6 milliards de personnes, n'a toujours pas accès à une couverture complète des services de santé essentiels. Jusqu'en 2021, un milliard de personnes risquent de passer sous le seuil de pauvreté à cause de dépenses de santé à leur charge représentant 10 % ou plus du budget de leur ménage. (OMS 2021)

Quarante ans après la déclaration d'Alma ATA sur les soins de santé primaires, l'objectif de la santé pour tous reste encore un défi majeur et les pays membres de l'OMS l'ont réaffirmé à Astana où l'option a été prise de redynamiser les SSP, d'améliorer les mécanismes de financement de ces derniers et d'accentuer la lutte contre les maladies non transmissibles pour l'atteinte de la CSU.

Au Sénégal également, une importance croissante est accordée au financement des SSP. En effet, la part des dépenses courantes consacrées aux SSP est passée de 58,7% en 2014 à 69,1% en 2021.

VI.3.2. ÉVOLUTION DES DÉPENSES EN SSP PAR SOURCE DE FINANCEMENT

Les soins de santé primaires sont principalement financés par les ménages, les PTF et l'administration publique.

Tableau 9 : Évolution des dépenses courantes en soins de santé primaires par source

Sources (Montant en millions FCFA)	2017		2018		2019		2020		2021	
	Administration publique	58 655	16%	61 675	15%	49 998	11%	92 975	20%	63 090
PTF	80 053	22%	111 833	27%	121 663	28%	92 028	20%	106 820	22%
Ménages	207 188	57%	224 563	55%	247 981	57%	251 912	54%	270 947	57%
Autres	19 518	5%	8 737	2%	15 460	4%	29 286	6%	37 022	8%
Total dépenses SSP	365 415		406 807		435 102		466 201		477 879	
Part dépenses SSP dans les dépenses courantes	72,0%		71,4%		70,6%		64,2%		69,1%	

Les dépenses courantes en soins de santé primaires (SSP) ont augmenté régulièrement sur la période passant de 365,4 milliards en 2017 à 477,9 milliards en 2021. Les ménages restent la première source à supporter les dépenses en SSP avec 55,9% en moyenne sur la période. Ils sont suivis par les PTF et l'Etat avec respectivement 23,9% et 15,2% en moyenne de 2017 à 2021.

VI.3.3. ÉVOLUTION DES DÉPENSES EN SSP PAR FACTEURS DE PRESTATION

Les produits pharmaceutiques et la rémunération de personnel sont les deux facteurs les plus importants pour délivrer les soins de santé primaires.

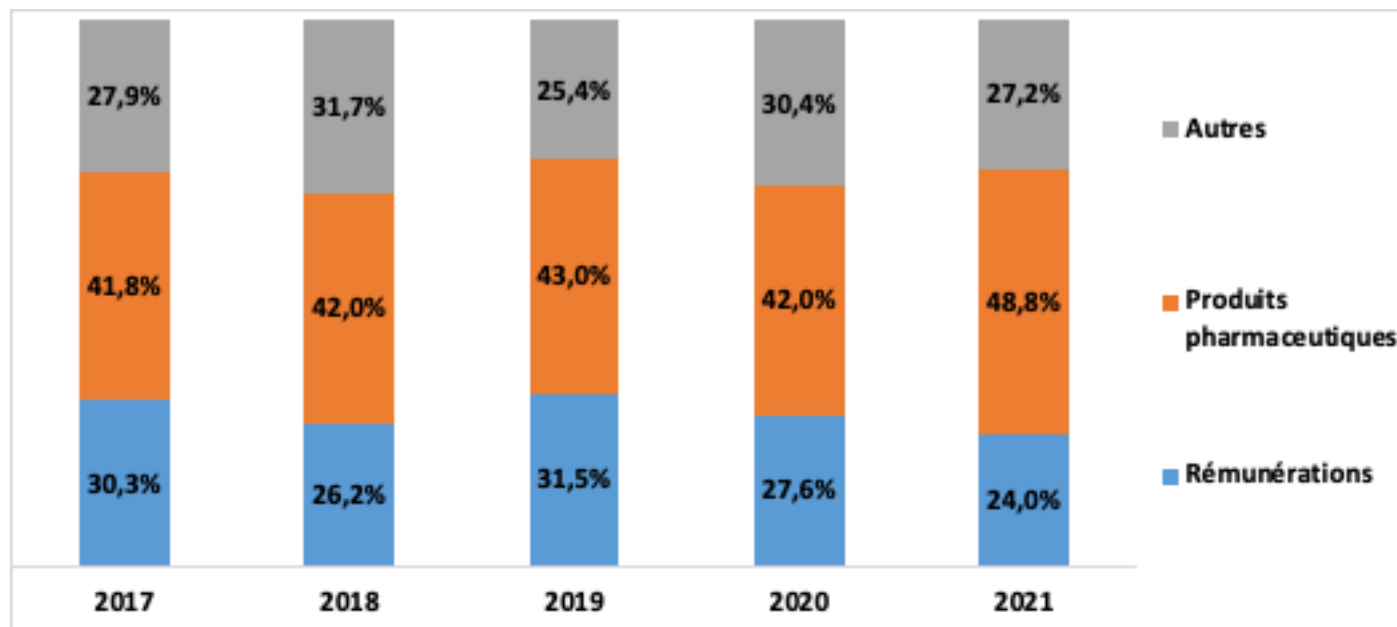


Figure 31 : Évolution des dépenses courantes en SSP par facteurs de prestation

Sur la période, les dépenses les plus importantes pour la délivrance de soins de santé primaires sont l'achat de produits pharmaceutiques avec en moyenne 43,5% et les rémunérations 27,9% des dépenses courantes en SSP. Les autres dépenses sont constituées des biens et services non sanitaires et les services sanitaires.

VI.4. DÉPENSES POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

VI.4.1. APERÇU GÉNÉRAL SUR LA SITUATION DU PALUDISME

Au Sénégal, comme dans les pays de l'Afrique Sub-saharienne, le paludisme est endémique et constitue un problème de santé publique. La lutte contre cette maladie repose sur deux types de mesures : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections et la prise préventive de certains médicaments.

La moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) reste l'un des moyens de prévention les plus efficaces et selon l'EDS 2019, environ huit ménages sur dix possèdent au moins une moustiquaire (82 %).

En ce qui concerne la prise de médicaments et précisément le traitement préventif intermittent (TPI), la même source montre que la proportion de femmes enceintes ayant pris au moins deux doses de Sulfadoxine-Pyrimétamine (SP) est de 63 %.

La prévalence parasitaire nationale a évolué passant de 0,9 % en 2016 à 0,4% en 2017. En effet, le nombre de cas de paludisme est passé de 492 253 en 2016 à 354 708 en 2019, soit 28% de baisse.

Le nombre de décès dû au paludisme est passée de 526 décès en 2015 à 260 décès en 2019, soit une baisse de 51%. Le Sénégal est ainsi passé de 4 décès palustre pour 100 000 habitants en 2015 à 2 décès pour 100 000 habitants en 2019.

Au Sénégal, le financement de la lutte contre le paludisme reste largement dépendant des ressources extérieures qui représentent 79,4% des dépenses courantes consacrées au paludisme en 2016 et 74,2% en 2021.

VI.4.2. ANALYSE DES DÉPENSES POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME PAR SOURCE DE FINANCEMENT

Le financement de la lutte contre le paludisme est principalement assuré par les PTF, les ménages, l'Administration publique, les entreprises et les ONG.

Tableau 10 : Evolution des dépenses courantes de santé en paludisme

Montant en million de FCFA	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses courantes de paludisme	10 037	20 964	21 782	15 592	33 504

Les dépenses en paludisme ont augmenté de 10,0 milliards en 2017 à 33,5 milliards en 2021. Cependant en 2020, une baisse importante de plus de 6 milliards est notée due à une réallocation des ressources au profit de la lutte contre la pandémie Covid-19.

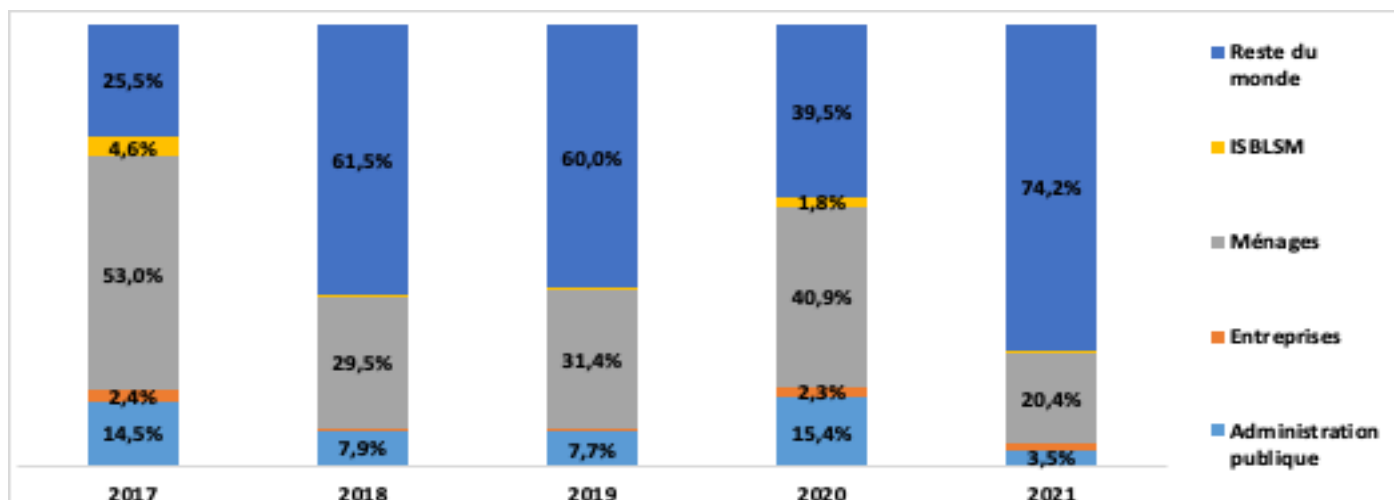


Figure 32 : Évolution de la structure des dépenses de paludisme par sources

Le financement du paludisme sur la période 2017 à 2021 est essentiellement assuré par les PTF, particulièrement l’USAID et le Fonds Mondial, avec en moyenne 52,1%, soit plus de la moitié des dépenses, suivi des ménages avec 35,1%. Le financement de l’Etat est non négligeable et se situe en moyenne et sur la même période à 9,8% des dépenses courantes de santé destinées à cette pathologie.

VI.4.3. ANALYSE DES DÉPENSES POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME PAR FACTEURS DE PRESTATION

Les dépenses de santé pour la lutte contre le paludisme portent essentiellement sur les antipaludiques, la rémunération du personnel et les autres biens sanitaires tels que les moustiquaires imprégnées d’insecticides à longue durée d’action (MILDA).

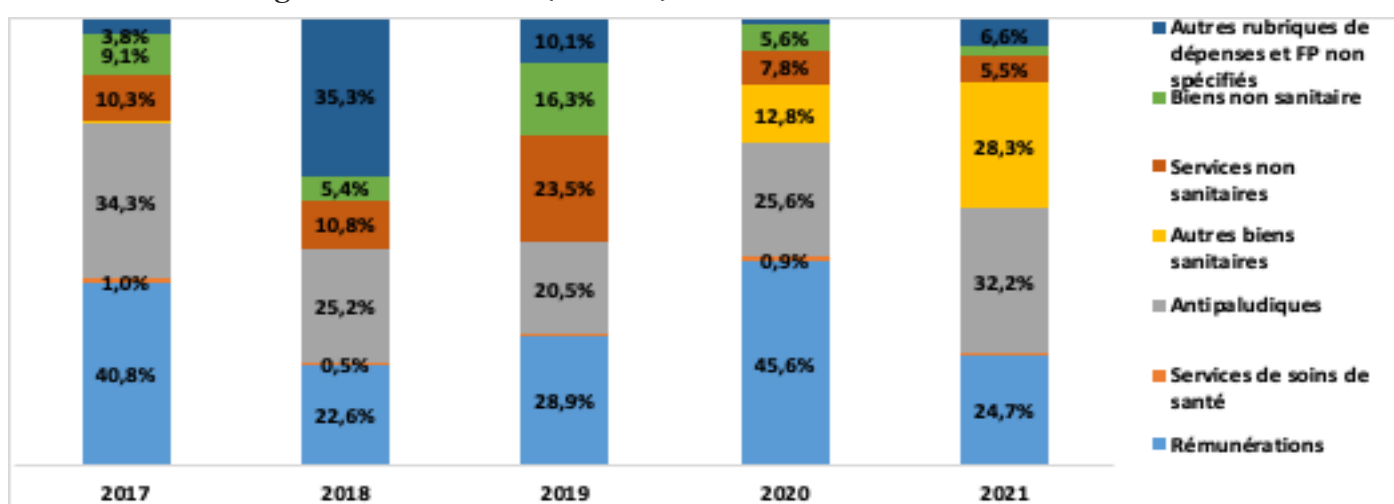


Figure 33 : Évolution de la structure des dépenses de paludisme par facteurs de prestation

Sur la période de 2017 à 2021, les dépenses les plus importants pour la lutte contre le paludisme sont les rémunérations avec en moyenne sur la période 32,5% des dépenses courantes de paludisme suivi de l’achat d’antipaludiques (27,6%), des services non sanitaires (11,6%) et des autres biens sanitaires 8,5%.

VI.5. DÉPENSE COURANTE POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

VI.5.1. APERÇU GÉNÉRAL SUR LA SITUATION DU VIH/SIDA

L'infection à VIH/sida constitue un problème de santé publique mondial en particulier en Afrique subsaharienne qui polarise près du quart de personnes vivant avec le VIH tous âges confondus (4,9 millions versus 36,4 millions) (ONUSIDA 2016).

Au Sénégal, l'épidémie à VIH est de type concentré avec une prévalence faible dans la population générale de 0,5% (ONUSIDA Estimation Spectrum 2016) et de 0,8% (Bulletin Épidémiologique 2014) chez les femmes enceintes mais élevée dans les populations clés en l'occurrence les professionnelles du sexe 6,6% (ENSC 2015), les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) 17,8% (ELHIOS 2014) et les usagers de drogues injectables 9,2% (UDSEN 2011).

Plusieurs acteurs dont le gouvernement à travers le Ministère de la santé et de l'action sociale et le conseil national de lutte contre le sida (CNLS) ainsi que des instances internationales participent activement au financement de la lutte contre cette maladie. En 2016, le montant global des fonds reçus par le CNLS est évalué à 4,7 milliards.

VI.5.2. ANALYSE DES SOURCES DE FINANCEMENT EN VIH/SIDA

Les sources de financement pour la lutte contre le VIH/Sida sont les PTF, les ménages, l'Administration publique, les entreprises et les ONG.

Tableau 11 : Evolution des dépenses courantes de VIH/Sida

Montant en million de FCFA	2017	2018	2019	2020	2021
Dépenses courantes de VIH/Sida	14 704	17 984	15 278	8 554	11 147

Les dépenses courantes liées au VIH/Sida ont augmenté passant de 14,7 milliards en 2017 à 17,9 milliards en 2018 pour ensuite baisser à 15,3 milliards en 2019 et même 8,5 milliards en 2020 avant de se redresser à 11,1 milliards en 2021.

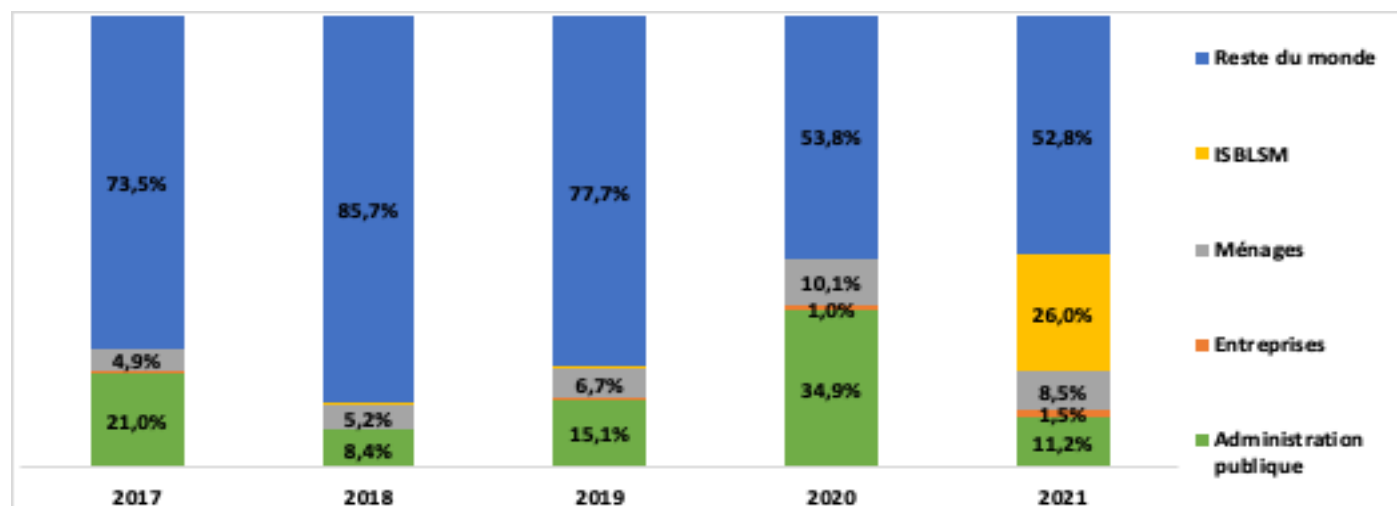


Figure 34 : Evolution de la structure des dépenses du VIH/SIDA par sources de financement

Le financement de la lutte contre le VIH/sida est essentiellement assuré par les PTF avec en moyenne plus de 80% entre 2017 et 2019 et 53,3% entre 2020 et 2021. Le financement de l'administration publique en direction du VIH/Sida se situe en moyenne à 18,1% de 2017 à 2021 tandis que celui des ménages est à 7,1% sur la même période. Il faut noter aussi la forte contribution des ONG (26,0%) dans le financement du VIH/Sida en 2021.

VI.5.3. ANALYSE DES FACTEURS DE PRESTATION DE SOINS EN VIH/SIDA

Les dépenses en facteur de prestations sont les intrants utilisés par les prestataires pour produire les biens et services de santé pour le VIH/Sida. Exemple : biens et services non sanitaires, Anti rétroviraux (ARV), rémunérations, etc.

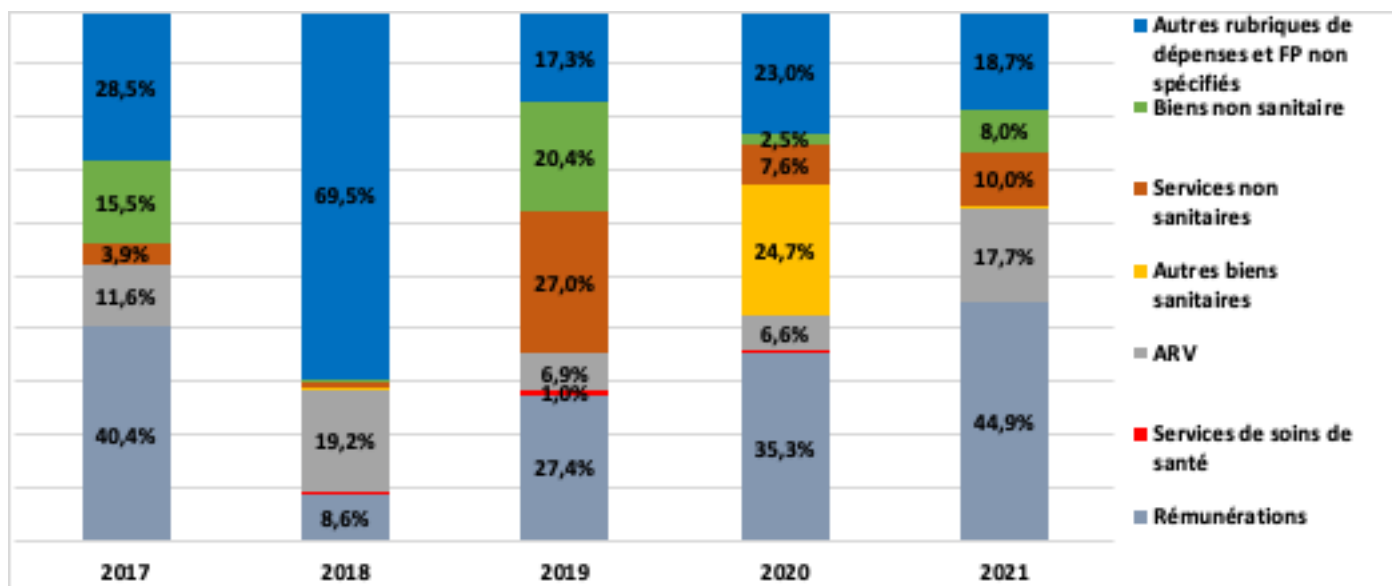


Figure 35 : Évolution de la structure des dépenses du VIH/SIDA par facteurs de prestation

L'analyse selon les facteurs de prestation montre que les dépenses courantes pour la lutte contre le VIH/sida ont essentiellement porté sur les rémunérations à 31,3% suivi des biens et services non sanitaires à 19,3% et des ARV à 12,4% en moyenne sur la période de 2017 à 2021.

VI.6. DÉPENSES POUR LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

VI.6.1. APERÇU GÉNÉRAL SUR LA SITUATION DE LA TUBERCULOSE

La tuberculose est la maladie infectieuse la plus meurtrière au monde avec plus de 95 % des décès survenant dans les pays à faibles et moyens revenus. Elle touche principalement les jeunes adultes même si toutes les tranches d'âge sont à risque. C'est ainsi qu'elle est déclarée par l'OMS comme un problème de santé publique.

Au Sénégal, il est attendu, chaque année, 117 nouveaux cas par tranche de 100 000 personnes. Au cours des dix dernières années, des progrès significatifs sont enregistrés dans la lutte contre la tuberculose (TB). En effet, le taux de succès du traitement est passé de 88% en 2015 à 91% en 2019. Toutefois, la détection des cas (66%) est restée insuffisante avec le tiers (1/3) des cas attendus non encore retrouvé. Le dépistage de la TB dans les structures sanitaires reste passif et est encore tardif (majorité des malades dépistés à 2 ou 3 croix).

En 2017, le Sénégal a élaboré un nouveau plan stratégique national de lutte contre la TB (PSN TB) pour la période de 2018 à 2022, entièrement adossé à la stratégie de l'OMS « *Mettre fin à la TB d'ici 2030* ». Faisant suite aux recommandations de cette dernière, le Gouvernement s'est engagé lors de la réunion de Haut niveau des Nations-Unies sur la TB à accélérer la détection des cas manquants et à mettre sous thérapie préventive les personnes à haut risque avant 2022. C'est à cet effet qu'un plan d'accélération de la lutte contre la Tuberculose au Sénégal a été adopté pour la période 2020-2023. Dans ce plan, il est prévu de mettre en œuvre l'approche « *amélioration de la qualité des soins de dépistage de la TB* » dans les structures de soins primaires afin de contribuer à une plus grande efficacité des services de dépistage de la TB et de réduire les cas manqués en consultation.

En 2021, sur les 20 142 cas incidents attendus, le PNT a notifié 13 370 cas, soit 6 772 cas manquants (presque le tiers). Le taux de notification des cas incidents était à 78 cas incidents pour 100 000 personnes contrairement aux estimations de l'OMS (117 nouveaux cas et rechutes pour 100 000 personnes). La couverture du traitement a connu une baisse avec un taux à 66%, baisse liée probablement à la survenue de la pandémie Covid-19. Depuis plusieurs années, les données annuelles de notification du PNT ont montré une sous-détection avec près d'un tiers manquant des cas TB toutes formes et près de ¾ de gaps de détection pour la TB pharmaco-résistante. En plus, l'analyse épidémiologique des données du programme, effectuée en 2016, avait démontré un dépistage tardif avec en moyenne 30% des cas de tuberculose pulmonaires bactériologiquement

confirmés diagnostiqués à 3 croix. L'analyse des données de 2021 montrent des disparités dans la répartition des cas selon les régions. La région de Dakar polarise 40% (4 469) des malades (nouveaux cas et rechutes). Elle est suivie des régions de Thiès, Diourbel, Ziguinchor, Saint-Louis et de Kaolack. Rapportées aux Districts sanitaires (DS) dans ces régions, les données montrent que 2 à 3 DS portent la charge de la tuberculose de la région sauf pour Dakar. Les zones où l'on note le plus faible taux de détection sont les régions de Kédougou, Tambacounda et Kaffrine. Il est constaté que sur les 79 districts sanitaires du Sénégal, 23 notifient 70% des cas dont 13 notifient à elles seules 50% des cas. Parmi les 13 structures, huit sont à Dakar.

VI.6.2. ANALYSE DES SOURCES DE FINANCEMENT SUR LA TUBERCULOSE

Les différentes sources identifiées pour la lutte contre la tuberculose sont l'Etat, les PTF, les ménages, les ONG et les entreprises.

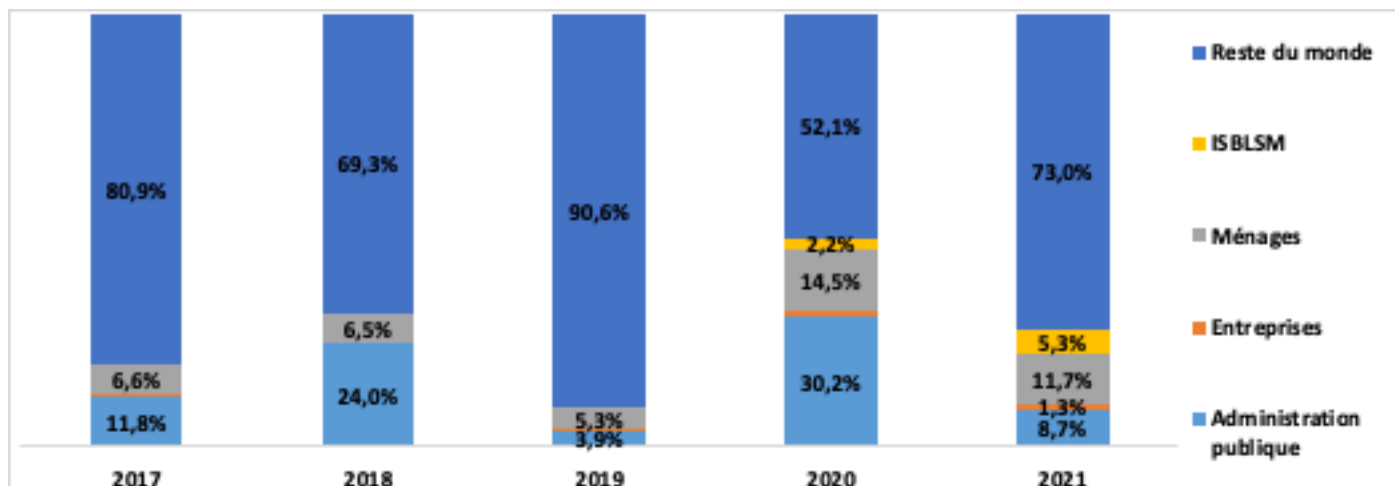


Figure 36 : Évolution de la structure des dépenses courantes de tuberculose par sources

L'analyse du graphique révèle qu'en moyenne 73,2% des dépenses courantes pour la lutte contre la tuberculose sont assurées par les PTF suivi de l'Etat (15,7%) et des ménages (8,9%) sur la période de 2017 à 2021. La contribution des entreprises et des ONG et entreprises est encore faible même si des efforts sont notés en 2020 et 2021.

VI.6.3. ANALYSE DES FACTEURS DE PRESTATION DE SOINS EN TUBERCULOSE

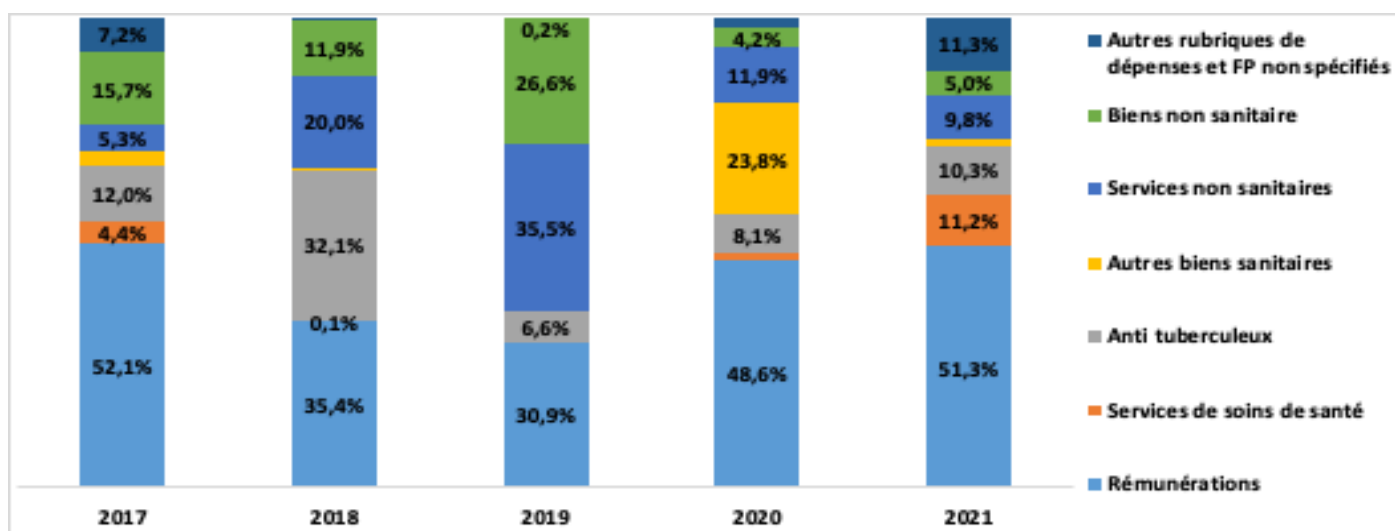


Figure 37 : Évolution de la structure des dépenses courantes de TB par facteurs de prestation.

L'analyse selon les facteurs de prestation montre que les dépenses courantes pour la lutte contre la tuberculose portent essentiellement sur les rémunérations à 43,7% suivi des biens et services non sanitaires à 29,1% et des antituberculeux à 13,8% en moyenne sur la période de 2017 à 2021.

VI.7. DÉPENSES POUR LA LUTTE CONTRE LA COVID-19 EN 2020

VI.7.1. APERÇU GÉNÉRAL SUR LA SITUATION DE LA COVID-19

L'infection à Coronavirus, apparue en Chine en décembre 2019, s'est rapidement répandue à l'échelle mondiale et a été considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI) le 30 janvier 2020 puis déclarée pandémie le 11 mars 2020.

Au Sénégal, après la notification d'un premier cas importé le 02 mars 2020, le nombre de cas n'a cessé d'augmenter, atteignant à la date du 31 décembre 2021, 75 337 cas confirmés dont 72 645 guéris, 1 890 décès et 801 sous traitement.

Pour faire face à cette pandémie, d'importantes mesures, d'abord préventives, puis de riposte, aussi bien sur le plan institutionnelle, sanitaire, économique que sociale, ont été prises pour faire face à l'avancée de la maladie.

L'Etat a activé le Comité national de gestion de l'épidémie (CNGE) qui a pour missions d'assurer le suivi de l'évolution des tendances des maladies à potentiel épidémique sous surveillance, de superviser l'exécution des activités de prévention et de réponse et d'organiser l'évaluation de la riposte.

Le MSAS, en collaboration avec ses partenaires, a élaboré un plan de préparation à la riposte puis un plan de contingence multisectoriel de lutte contre la COVID-19. L'exécution de ces plans a requis une forte participation technique et financière de l'Etat, des PTF, des ONG, de la communauté, des services sociaux et du secteur privé, dans une approche inclusive et participative.

Parallèlement, un « *Fonds FORCE-COVID-19 du Programme de Résilience économique et sociale (PRES)* » a été mis en place au sein du Ministère des Finances et Budget avec un axe portant sur le « *Soutien au secteur de la santé pour couvrir toutes les dépenses liées à la riposte contre la COVID-19* ».

VI.7.2. ANALYSE DES SOURCES DE FINANCEMENT DE LA COVID-19 EN 2020

Le financement de la riposte contre la COVID-19 est géré par l'Etat, les PTF, les ONG et le secteur privé.

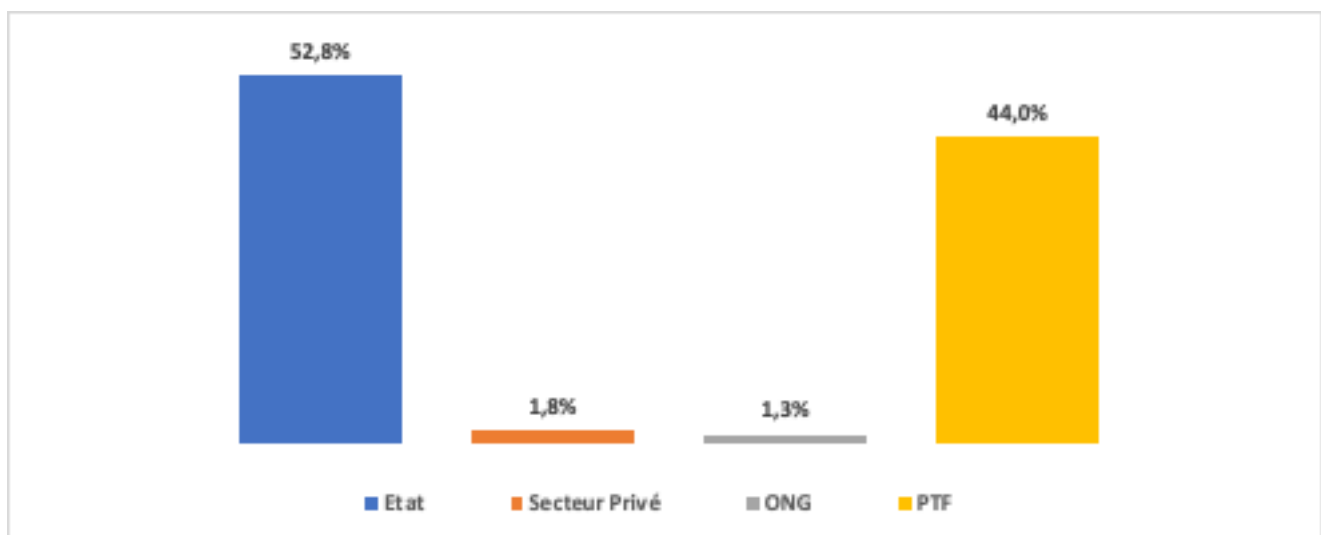


Figure 38 : Répartition des dépenses de fonctionnement COVID-19 par sources en 2020

Plus de la moitié des ressources utilisées en riposte à la COVID-19 proviennent du budget de l'Etat, 48,2 milliards de francs CFA soit 52,8% des dépenses courantes de santé liées à la Covid-19. Les Partenaires techniques et financiers suivent avec 40,2 milliards de francs CFA, soit 44,0%. La contribution non négligeable du secteur privé et des ONG représente respectivement 1,7 milliards de francs CFA soit 1,8% et 1,2 milliards de francs CFA soit 1,3%.

VI.7.3. ANALYSE DES FACTEURS DE PRESTATION DE SOINS DE LA COVID-19 EN 2020

Les facteurs de prestation (FP) font référence à l'ensemble des intrants utilisés pour fournir des biens et services liés à la COVID-19.

Tableau 12 : Répartition des dépenses de fonctionnement par facteurs de prestation en 2020

Facteurs de prestation	Montant (million FCFA)	Pourcentage (%)
Rémunération des employés	25 281,9	27,69
Rémunération des professionnels particuliers	134,8	0,15
Équipements et services utilisés	65 865,6	72,14
<i>Services de soins de santé</i>	355,4	0,54
<i>Biens de santé</i>	32 100,2	48,74
<i>Services non sanitaires</i>	10 338,5	15,70
<i>Biens non sanitaire</i>	23 042,0	34,98
<i>Autres équipements et services utilisés (n.c.a.)</i>	29,5	0,04
Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	21,1	0,02
Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés	0,9	0,00
Total	91 304,3	100

Les équipements et services utilisés pour la production des biens et services concentrent la plus grande part des dépenses de fonctionnement effectuées en riposte à la Covid-19 avec 65,9 milliards de francs CFA soit 72,1% de ces dépenses.

La structure des dépenses en équipements et services montre qu'elles ont principalement été consacrées aux biens de santé parmi lesquels les médicaments et autres produits pharmaceutiques, les Équipements de Protection Individuelle et aux Biens non sanitaire. Ces derniers, dans ce contexte de COVID-19, sont essentiellement constitués de masques, de gel hydroalcoolique, de kits de lavage des mains ainsi que de savon et autres détergents.

Les rémunérations, composées de salaires et motivations du personnel, suivent avec 25,3 milliards de FCFA, soit 27,7% des dépenses de fonctionnement.

CONCLUSION

L'élaboration des comptes de la santé de 2017-2021 a permis de renforcer le processus d'institutionnalisation au Sénégal. Les CS permettent d'avoir la situation du financement du secteur de la santé et de faire une analyse des dépenses suivant les différentes catégories des opérateurs.

De 2017 à 2021, le montant total des dépenses consommées par le secteur de la santé s'élève à 3 540,96 milliards, répartis comme suit : 552 milliards en 2017 soit 4,5% du PIB, 600,5 milliards en 2018 soit 4,7% du PIB, 704,5 milliards en 2019 soit 5,1% du PIB, 850,9 milliards en 2020 soit 6,0% du PIB et 833,1 milliards en 2021 soit 5,5% du PIB.

Les dépenses totales de santé sont constituées de 88,5% en dépenses courantes et de 11,5% en dépenses en capital. Les dépenses courantes de santé représentent 507,7 milliards en 2017, 569,5 en 2018, 616,4 en 2019, 726,4 en 2020 et 691,2 milliards en 2021, soit des parts respectives de 92%, 94,8%, 87,5%, 85,4% et 83% des dépenses totales de santé. Quant aux dépenses en capital, elles sont de 44,2 milliards en 2017, soit 8% des dépenses totales, 31,1 milliards en 2018, soit 5,2%, 88 milliards en 2019, soit 12,5%, 124,5 milliards en 2020, soit 14,6% et 142 milliards en 2021, soit 17%.

La part des paiements directs des ménages constitue la plus importante dans les dépenses courantes de santé avec 45,8% en 2017, 45,2% en 2018, 45,7% en 2019, 39% en 2020 et 43,2% en 2021. Quant aux dépenses de l'administration publique, elles représentent 21,1% des dépenses courantes de santé en 2017, 21% en 2018, 18,8% en 2019, 30,4% en 2020 et 20,9% en 2021.

Les dépenses en capital constituées par les infrastructures, équipements, logiciels et l'éducation/formation continue du personnel de santé sont essentiellement assurées par l'Administration publique.

L'exercice a permis disposer des données probantes de mesure des indicateurs de la CSU et des Objectifs de Développement Durable (ODD). A travers la régularité dans la production des comptes de la santé, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale dispose des données à jour afin d'améliorer la prise de décisions.

BIBLIOGRAPHIE

- Annuaires statistiques de la recherche pour la santé, 2019, 2020
- Annuaires statistiques sanitaire et sociale 2017, 2018, 2019, 2020
- Banque de Données Économiques et Financières (BDEF) de l'ANSD.
- Enquête continue sur la prestation des services de soins de santé (ECPSS), 2017, 2018, 2019
- Plan d'actions prioritaires 2 ajusté et accéléré (PAP 2A) pour la relance de l'économie 2019 - 2023
- Plan d'Investissement Sectoriel 2020-2024
- Plan de contingence multisectoriel de lutte contre la Covid-19, 2020
- Plan national de développement sanitaire et social (PNDSS) 2019-2028
- Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Sénégal 2016 – 2020
- Rapport annuel de suivi de la carte sanitaire 2021
- Rapport carte sanitaire Sénégal, 2019
- Rapport de performances (2017, 2018, 2019, 2020 et 2021)
- Rapport de supervision de la collecte de données dans le cadre de l'élaboration des comptes de la santé de 2017-2021
- Rapport définitif de l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages 2018-2019
- Rapport des Comptes de la Santé 2013, 2014-2016
- Rapport des enquête Démographique et de Santé au Sénégal, (EDS 2017, 2018, 2019)
- Rapport Evaluation des dépenses de la COVID-19 selon la méthodologie des Comptes de la santé (SHA 2011) Mars à décembre 2020
- Rapport final RGPHAE 2013
- Rapport sur la situation économique et sociale (SES) du Sénégal, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.
- Rapports d'activité des programmes Palu, TB, VIH, SR, PF
- Rapports d'exécution budgétaire (2017, 2018, 2019, 2020 et 2021)
- Stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la CSU, 2017
- Système des Comptes de la Santé (SHA), 2011

ANNEXES

■ Série chronologique dépenses courantes de santé

Code	Libellé (Montant en million FCFA)	2017	2018	2019	2020	2021
OS	Objectifs Stratégiques du PNDSS	507 744	569 485	616 446	685 567	691 184
OS.1 PNDS	Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto juvénile	24 425	33 439			
OS.2 PNDS	Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie	343 321	383 499			
OS.3 PNDS	Renforcer durablement le système de santé	50 885	61 020			
OS.4 PNDS	Améliorer la gouvernance du secteur	29 621	32 640			
OS.5 PNDS	Améliorer l'accès des pauvres à des services de santé de qualité	59 493	58 886			
OS.1 PNDSS	Renforcement de la gouvernance et du financement de la santé et de l'action sociale			97 525	98 944	113 816
OS.2 PNDSS	Développement de l'offre de services de santé et d'action sociale			441 294	483 195	460 062
OS.3 PNDSS	Promotion de la protection sociale			77 627	103 429	117 306
FS	Recettes des régimes de financement des soins de santé	507 744	569 485	616 446	726 371	691 184
FS.1	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	102 610	116 893	111 079	212 579	140 888
FS.2	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	91 154	114 178	118 218	121 089	136 620
FS.3	Cotisations d'assurance sociale	20 602	27 057	33 911	30 162	42 707
FS.5	Prépaiement volontaire	34 342	27 453	33 784	38 852	34 722
FS.6	Autres revenus nationaux n.c.a.	257 094	282 027	318 837	322 683	334 872
FS.7	Transferts directs étrangers	1 942	1 876	617	1 006	1 374
FS.RI	Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement	507 744	569 485	616 446	726 362	691 184
FS.RI.1.1	Administration publique	107 121	119 813	115 705	220 786	144 599
FS.RI.1.2	Entreprises	38 435	14 461	22 245	53 448	56 616
FS.RI.1.3	Ménages	264 975	317 110	347 226	319 850	343 479
FS.RI.1.4	ISBLSM	4 117	2 046	5 956	6 320	8 496
FS.RI.1.5	Reste du monde	93 097	116 054	125 315	125 960	137 994
FA	Agents de financement (aussi utilisés pour les classes HF.RI.1)	507 744	569 485	616 446	726 371	691 184
FA.1	Administrations publiques	208 755	251 770	266 182	368 799	323 254
FA.2	Sociétés d'assurance	42 762	36 776	33 784	39 633	36 442
FA.3	Sociétés (hors sociétés d'assurances) (part de HF.RI.1.2)	1 965	1 965	2 596	4 433	3 237
FA.4	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	6 059	3 922	13 394	11 532	9 870
FA.5	Ménages	248 203	275 052	300 490	301 974	318 381
HF	Régimes de financement	507 744	569 485	616 446	726 371	691 184
HF.1	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	215 791	259 685	266 182	367 649	323 254
HF.2	Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	43 751	34 747	49 774	56 748	49 549
HF.3	Paiement direct des ménages	248 203	275 052	300 490	301 974	318 381
HP	Prestataires de soins de santé	507 744	569 485	616 446	726 371	691 184
HP.1	Hôpitaux	90 391	118 280	134 816	134 197	116 770
HP.3	Prestataires de soins de santé ambulatoire	70 584	69 658	81 291	111 570	91 185
HP.4	Prestataires de services auxiliaires	8 956	7 749	10 366	30 357	12 773
HP.5	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	186 538	196 662	215 072	230 450	250 654
HP.6	Prestataires de soins préventifs	76 720	114 870	128 356	66 308	101 758
HP.7	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	73 495	60 994	43 475	149 457	116 735
HP.8	Reste de l'économie	812	1 027	1 648	2 314	1 061

Code	Libellé (Montant en million FCFA)	2017	2018	2019	2020	2021
HP.9	Reste du monde	248	245	1 422	1 718	247
HC	Fonctions des soins de santé	507 744	569 485	616 446	726 371	691 184
HC.1	Soins curatifs	149 067	175 429	201 830	217 836	192 705
HC.2	Soins de réadaptation	77	69	218	340	325
HC.4	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	8 956	7 749	10 366	30 524	12 773
HC.5	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	186 538	196 662	215 072	230 428	250 654
HC.6	Soins préventifs	100 651	129 746	145 485	106 575	118 206
HC.7	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	62 455	59 830	43 475	140 669	116 519
FP	Facteurs de prestation de soins de santé	507 744	569 485	616 446	726 371	691 184
FP.1	Rémunération des employés	167 904	172 489	203 421	246 296	200 590
FP.2	Rémunération des professionnels particuliers	19 719	23 073	39 917	20 791	25 283
FP.3	Equipements et services utilisés	284 634	316 337	352 917	439 489	401 249
FP.5	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	29 687	52 520	18 515	16 586	60 500
FP.nec	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	5 801	5 066	1 676	3 210	3 563
DIS	Classification des maladies / affections	507 744	569 485	616 446	726 371	691 184
DIS.1	Maladies infectieuses et parasitaires	86 952	107 910	113 134	196 133	146 420
DIS.2	Santé de la reproduction	73 767	74 600	100 610	70 230	93 240
DIS.3	Carences nutritionnelles	31 665	45 538	40 984	34 274	36 020
DIS.4	Maladies non transmissibles	191 702	215 709	245 422	258 125	256 925
DIS.5	Traumatismes	19 944	25 184	29 920	28 902	23 817
DIS.6	Non lié à une maladie spécifique	68 105	62 227	44 624	93 848	86 936
DIS.nec	Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	35 610	38 316	41 752	44 860	47 826
AGE	Age	507 744	569 485	616 446	726 371	691 184
AGE.1.1	0-11 mois	65 356	76 850	75 442	77 926	74 969
AGE.1.2	12-59 mois	87 168	101 229	98 627	105 824	114 952
AGE.2.1	5-14 ans	44 600	49 195	49 495	62 089	76 915
AGE.2.2	15-49 ans	243 820	266 844	305 823	340 441	328 354
AGE.2.3	50-59 ans	29 763	33 797	37 535	59 302	42 625
AGE.2.4	60 ans et plus	37 037	41 569	49 524	80 789	53 369
GEN	Genre	507 744	569 485	616 446	726 371	691 184
GEN.1	Femme	287 582	321 605	357 717	389 088	381 042
GEN.2	Homme	220 163	247 880	258 729	337 283	310 141
SNL	Niveau Sous National	507 744	569 485	616 446	726 371	691 184
SNL.1	Dakar	250 493	262 743	310 509	362 091	344 327
SNL.2	Ziguinchor	32 278	37 139	39 580	47 407	49 774
SNL.3	Diourbel	32 420	42 521	33 829	40 020	36 139
SNL.4	Saint Louis	27 178	27 188	34 000	38 491	39 034
SNL.5	Tambacounda	15 798	21 907	22 799	25 429	29 577
SNL.6	Kaolack	25 489	25 781	27 323	32 871	33 315
SNL.7	Thiès	37 503	41 823	44 105	55 476	53 317
SNL.8	Louga	20 486	26 357	24 021	26 406	26 825
SNL.9	Fatick	13 880	14 488	14 057	19 988	19 478
SNL.10	Kolda	14 571	16 919	18 378	21 488	19 945
SNL.11	Matam	13 121	21 211	19 112	18 837	12 180
SNL.12	Kaffrine	12 042	15 355	12 362	15 649	12 490
SNL.13	Sédhiou	6 945	8 579	8 663	10 248	6 814
SNL.14	Kédougou	5 540	7 472	7 710	11 970	7 969

COMITE D'ELABORATION

Dr Babacar GUEYE	DPRS
Dr Youssoupha NDIAYE	Ancien DPRS
Mme Thiané GUEYE	DPRS/Coordinatrice CES
Mme Ngoné SECK	DGES/DEPS
Mme Murielle Yadi GUEYE	DGES/DEPS
M. Abou AW	MFB/DGB
Dr. Ndack Wadji LY	CAS-PNDSS
M. Abdoulaye FAYE	DPRS/CES
M. Ibrahima NGOM	DPRS/CES
Mme Assiétou FALL	DPRS/CES
M. Cheikh BA	DPRS/CES
Mme Nguénar NDIAYE	DPRS/CES
Mme Aïssatou NIANG GUEYE	DPRS/CES
M. Djibril NDIAYE	DPRS/DSISS
M. Doudou SONKO	DPRS/DPart
M. Amadou SARR	DPRS/Archive
Mme Naty CISSE	DPRS/DP
M. Mame Omar GUEYE	DPRS/DR
M. Papa Diogop NDAO	DPRS/Infographe
M. Cheikh Abdou Karim DIAO	DAGE
M. Cheikh GUEYE	DRH
Mme Dieumbe DIENG	DSME
M. Alain DIEDHIOU	DEPrS
M. Ndiaga FAYE	PNT
M. Arona MBENGUE	ANACMU
Mme Adja Aby SAMBE	ANSD/DSEC
M. Bouye BA	ANSD/DSEC
M. Ibrahima BARRY	ANSD/DSDS
M. Cheikh Ibra FALL	IPM/AGIS
Dr Farba Lamine SALL	USAID/BSSR

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

Fann Résidence, 1 RUE Aimé Césaire

B.P. 4024 Dakar

Tél. +221 33 869 42 42

Fax. +221 33 869 42 49

www.sante.gouv.sn

N° VERT : 800 00 50 50

Samu : 1515

■ DIRECTION DE LA PLANIFICATION, DE LA RECHERCHE
ET DES STATISTIQUES

■ CELLULE D'ECONOMIE DE LA SANTÉ

Nos partenaires





MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE