

Plus d'argent pour les soins de santé primaires (SSP) pour plus de santé afin d'avancer résolument vers la couverture sanitaire universelle (CSU)

Résumé

Depuis plus de quatre décennies, le Sénégal a souscrit à l'approche des SSP à Alma Ata et l'a réaffirmé à Astana en 2018. Cet engagement entre dans la marche vers la CSU.

L'analyse des résultats des comptes de la santé de 2017 à 2021 montre que :

- plus de la moitié (55,9%) des dépenses en SSP sont supportées par les ménages et sont principalement consacrées à l'achat de produits pharmaceutiques et à la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT) ;
- L'Etat et ses démembrements ne supportent que 15,2% des dépenses en SSP et sont généralement destinées au pilotage et à la coordination pour 70%.
- 72,1% de l'apport des PTF sur les dépenses en SSP sert à prendre en charge les maladies infectieuses et à la SRMNTA-N.

Il apparaît urgent de mobiliser des ressources conséquentes en vue d'avancer vers la CSU.

Mots clés : SSP, Mobilisation de ressources, CSU

Les soins de santé primaires (SSP) adoptés à Alma Ata en 1978 sont « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, 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'autoresponsabilité et d'autodétermination¹ ». Ils sont partie intégrante du processus de développement socioéconomique de nos pays, ils contribuent aussi à l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD).

Ils représentent le premier niveau de contact des populations avec le système de santé et le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire².

L'approche des SSP constitue une voie sûre pour avancer vers la couverture sanitaire universelle³.

Grâce au déploiement des interventions de soins de santé primaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 60 millions de vies pourraient être sauvées et l'espérance de vie moyenne pourrait augmenter de 3,7 ans d'ici à 2030.

Le Sénégal en a fait depuis son adoption un pilier de sa politique de santé.

La déclaration d'Astana qui réaffirme l'importance des SSP en insistant, entre autres, sur le renforcement des services de santé intégrés centrés sur la personne et la meilleure prise en compte des maladies non transmissibles (MNT) est adoptée par le Sénégal.

Cet engagement pour la redynamisation des SSP et pour l'amélioration des mécanismes de financement de ces derniers transparaît dans la Stratégie nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture sanitaire universelle (SNFS/CSU) en 2017 et le Plan national de Développement sanitaire et social (PNDSS) 2019-2028.

Ainsi les dépenses courantes consacrées aux SSP sont passées de 365,4 milliards de FCFA en 2017 à 477,9 milliards de FCFA en 2021. Toutefois, plus de la moitié de ces dépenses (55,9%) sont supportées par les ménages, principalement à travers les paiements directs ; ce qui accroît leur vulnérabilité face au risque financier lié à la maladie et concourt à les appauvrir.

L'exploitation des résultats des comptes de la santé 2017-2021 a permis de mettre en évidence la structure des dépenses consacrées aux SSP.

Les soins de santé primaires, un réel fardeau pour les ménages

De 2017 à 2021, en moyenne, plus de la moitié (55,9%) des dépenses en SSP sont supportées par les ménages. La part des Partenaires techniques et financiers (PTF) et de l'Administration publique est

respectivement de 23,9% et 15,2%. Quant aux ONG et entreprises, ils ne participent qu'à hauteur de 5,0% des dépenses en SSP.

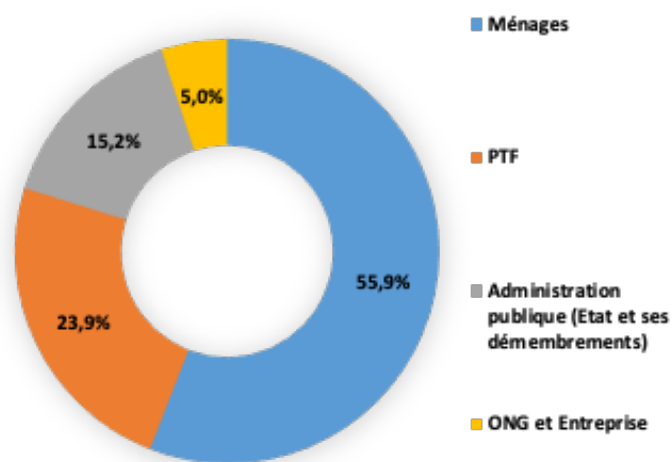


Figure 1 : Répartition des dépenses en SSP par sources

L'essentiel des dépenses en SSP consacré aux produits pharmaceutiques

Sur la période objet de la revue, en moyenne 43,5% des dépenses en SSP sont consacrées à l'achat de produits pharmaceutiques. Les autres postes de dépenses de fonctionnement (la rémunération, l'achat de consommables d'imagerie et de labo, ...) représentent 56,5%.

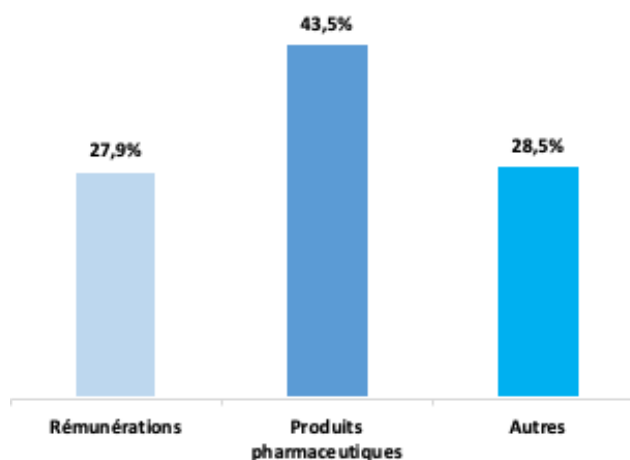


Figure 2 : Répartition des dépenses en SSP par catégories de dépense

La rémunération du personnel composée du salaire et des avantages représentant 27,9% sur la période concerne généralement le personnel qualifié. Les acteurs communautaires de santé ne bénéficient pas systématiquement de motivation.

1 OMS, soins de santé primaires, 1er avril 2021

2 Déclaration d'Alma-Ata. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe, 1978.

3 Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action. Genève : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2021.

Poids important des dépenses des ménages en SSP orienté vers les maladies non transmissibles (MNT)

La plus grande part (77,6%) des dépenses supportées par les ménages sont relatives à des maladies qui ne font pas l'objet de programme spécifique de prise en charge telles que les maladies non transmissibles (MNT).

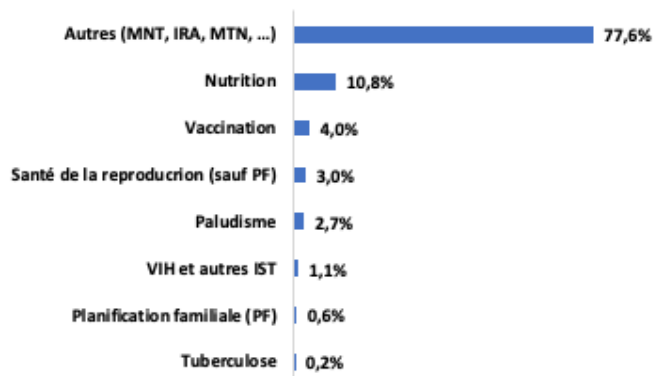


Figure 3 : Structure des dépenses des ménages en SSP

Dans le monde entier, 930 millions de personnes environ 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.

La gouvernance, principal poste de dépense en SSP de l'administration publique

En moyenne, plus de 70% des dépenses en SSP supportées par l'Etat et ses démembrements sont orientées vers le pilotage et la coordination. L'essentiel des 30% restants est destiné à la vaccination.

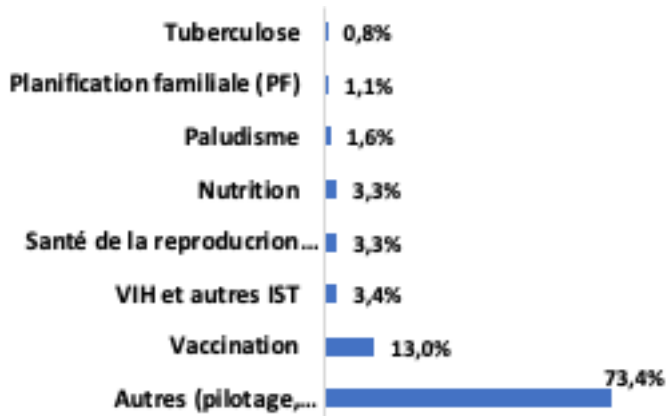


Figure 4 : Structure des dépenses de l'administration publique en SSP

- L'analyse des données du GHED de l'OMS montre que la part des dépenses de l'Etat du Sénégal en SSP est évaluée à moins de 20% en moyenne sur la période 2017-2021. Cette proportion est moindre, comparée à certains pays de l'UEMOA tels que la Côte d'Ivoire, le Mali, le Niger et le Burkina Faso qui soutiennent plus les SSP en supportant en moyenne 34% des dépenses en SSP.
- Près de 90% des interventions essentielles de la CSU peuvent être satisfaites par la mobilisation des soins de santé primaires.

Les maladies infectieuses et la SRMNI-N, essentiellement financées par les PTF

Entre 2017 et 2021, en moyenne, 72,1% des dépenses en SSP des PTF sont destinées aux maladies transmissibles (TB-3,5%, VIH et autres IST-7,8%, Palu-9,9%) qui font l'objet de programmes spécifiques, la SRMNI-N (40,9%) et la vaccination (10,0%).

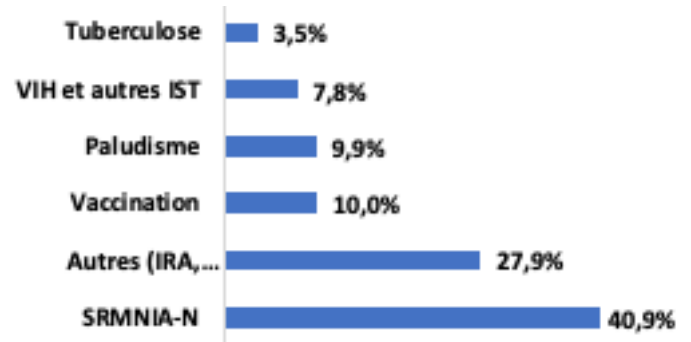


Figure 5 : Structure des dépenses des PTF en SSP

Les soins de santé primaires permettent d'améliorer l'équité d'accès à des prestations de santé efficaces dispensées le plus près possible des populations, dans la communauté. Ils constituent incontestablement la porte d'entrée de tout système de santé engagé dans l'avancé vers la CSU.

Cette orientation est porteuse de santé pour la population et impacte positivement le capital humain dont le développement constitue une priorité du Plan Sénégal émergent (PSE).

Une mobilisation de plus de ressources financières, pour davantage asseoir les SSP dans la mise en œuvre de notre politique de santé, est un investissement pour le développement économique de notre pays et un moyen d'alléger le fardeau supporté par les populations pour se soigner.

Au vu des éléments annoncés ci-dessus, les recommandations suivantes sont formulées :

- › Renforcer les ressources destinées aux SSP conformément à la recommandation de l'OMS qui préconise à chaque pays d'affecter ou de réaffecter 1% supplémentaire de son PIB aux SSP à partir de sources de financement publiques ou extérieures⁴ ;
- › Créer une Direction des Soins de santé primaires (SSP) pour accélérer la marche du pays vers la CSU ;
- › Respecter l'ordinogramme par rapport à la prescription des médicaments de l'Initiative de Bamako (IB) ;
- › Rendre disponible les médicaments génériques ;
- › Actualiser la liste des médicaments essentiels ;
- › Veiller à l'application des normes relatives à l'identification et à la répartition des acteurs communautaires de santé ;
- › Mettre en place des mécanismes de motivation des acteurs communautaires de santé selon la localité.

AUTEURS

- Mme Thiané GUEYE DIAW - CES/DPRS
- Mme Rose Emma Ngoné FAYE - CES/DPRS
- Mme Assiétou FALL DIALLO - CES/DPRS
- M. Abdoulaye FAYE - CES/DPRS
- Dr Farba Lamine SALL - BSSR/USAID
- M. Yague NIANG - BSSR/USAID
- Mme Aissatou Niang GUEYE - CES/DPRS
- Mme Ndèye Diya DIOP - CSC/DGSP
- M. Kabir AÏDARA - SNEIS
- M. Bouye BA - ANSD