



MRC Unit
The
Gambia



Dakar, Sénégal | Juillet 2023

REVUE DES PROGRES EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT ET DE LA NUTRITION (SRMNIA-N)

Etude du financement de la santé reproductive, maternelle, néonatale et de nutrition au Sénégal sur la période 2014-2021

EQUIPE SENEGAL

- Direction de la Planification de la Recherche et des Statistiques, Ministère de la Santé et de l'Action sociale (DPRS/MSAS)
- Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, Ministère de la Santé et de l'Action sociale (DSME/MSAS)
- Institut de Santé et Développement, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (ISED /UCAD)
- African Population Health Research Center (APHRC)
- Medical Research Council Unit The Gambia at the London School of Hygiene & Tropical Medicine (MRCG/LSHTM)

Auteurs : Sedjro Oscar Paoli Ricci Béhanzin¹, Bocar Samba Ly², Aïssatou Mbaye², Khady Sarr², Ndeye Diop², Dieumbe Dieng², Arame Ndiaye², Fadima Yaya Bocoum⁴, Amadou Ibra Diallo⁵, Sokhna Thiam⁴, Cheikh Faye⁴, Amadou Doucouré², Thiané Gueye Diaw³, Adama Faye⁵, Melisa Martinez Alvarez¹

¹ Medical Research Council Unit The Gambia at London School of Hygiene and Tropical Medecine

² Direction de la santé de la mère et de l'enfant, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

³ Cellule d'économie et de la santé, Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

⁴African Population and Heath Research Center, Bureau Régional Afrique de l'Ouest

⁵ Institut de Santé et de Développement, Université Cheikh Anta Diop de Dakar

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
LISTE DES ENCADRES	4
LISTE DES GRAPHIQUES	4
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	6
1 INTRODUCTION	9
1.1 Contexte et justification	9
1.2 Aperçu du système national de financement de la santé	11
1.3 La place de la SRMNIA-N dans le système de santé du Sénégal	14
1.4 Les défis du système de santé au Sénégal	15
2 Méthodologie	17
2.1 Conception de l'étude	17
2.2 Collecte et analyse des données	17
2.3 Analyse du financement de la santé et de la SRMN-N	18
Analyse du financement interne	18
Analyse du financement externe pour la SRMN	19
Analyse d'équité au niveau infranational	19
Analyse d'efficacité au niveau infranational	20
3 Résultats	21
3.1 Niveaux, tendances des dépenses courantes de la santé	21
Dépenses courantes de santé au niveau national	22
Dépenses de santé courante au niveau infranational	24

3.2	Niveaux et tendances des dépenses de SRMN-N	26
	Dépenses de SRMN-N au niveau national	26
	Dépenses de SRMN-N au niveau infranational	30
3.3	Le financement externe de la SRMN-N	33
4	Etude de l'équité dans le financement de la SRMN-N au Sénégal	37
4.1	Les inégalités dans le financement de la SRMN-N au Sénégal	37
4.2	Etude de la concentration des dépenses de SRMN-N selon les régions	39
5	Efficacité des dépenses de SRMN-N au Sénégal	42
6	Conclusion	44
7	Recommandations	45
8	Références bibliographiques	46
9	Annexes	47
9.1	Tableaux annexés	47
9.2	Graphiques annexés	54

LISTE DES ENCADRES

Encadré 1: Les engagements internationaux du Sénégal en vue de l'amélioration du financement de la santé	13
Encadré 2: Les obstacles au financement de la santé au Sénégal	16

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Dépenses courantes de santé (en millions de FCFA et %PIB)	22
Graphique 2 : Dépenses courantes de santé par source de financement	24
Graphique 3 : Tendances des dépenses courantes de santé de 2014 à 2021	25
Graphique 4: Dépenses courantes de santé par habitant, selon la région et la source de financement (en FCFA) de 2014 à 2021	26
Graphique 5 : Tendances des dépenses de SRMN-N (en millions de FCFA et en % du PIB) de 2014 à 2021	27
Graphique 6 : Evolution des dépenses de SRMN-N par composante de 2014 à 2021	28
Graphique 7 : Evolution des dépenses de SRMN-N par source de financement de 2014 à 2021	30
Graphique 8 : Evolution des dépenses de SRMN-N par région sur la période 2014-2021	31
Graphique 9 : Dépenses de SRMN-N par région et par source de financement (en FCFA)	33
Graphique 10 : Les usages de l'aide à la SRMN entre 2014 et 2021	35
Graphique 11 : Evolution de l'aide à la SRMN selon la nature des donateurs	36
Graphique 12 : Principaux donateurs de la SRMN au Sénégal sur la période 2014-2021	37
Graphique 13 : Distribution annuelle des dépenses de SRMN-N par habitant selon la région	38
Graphique 14 : Courbes de concentration des dépenses de SRMN-N selon le taux de mortalité maternelle en 2015 et en 2020	41
Graphique 15 : Courbes de concentration des dépenses de SRMN-N selon le taux de mortalité néonatale en 2015 et en 2020	42
Graphique 16 : Score d'efficacité des dépenses de SRMN-N par habitant selon la région	44
Graphique 17 : Dépenses de SRMN-N par habitant selon la région et par composante (en FCFA)	55
Graphique 18 : Comparaison des dépenses de SRMN estimées par les Comptes nationaux de la santé et l'approche Muskoka2	56
Graphique 19 : Dépenses des bailleurs externes de santé de reproduction, maternelle, néonatale et infantile estimées par l'algorithme Muskoka2	56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Budget total du dossier d'investissement SRMNIA par priorité pour la période 2018-2022	15
Tableau 2 : Type de données exploitées pour le calcul du score d'efficacité	21
Tableau 3 : Dépenses de santé par habitant (en FCFA)	47
Tableau 4 : Dépenses de santé du gouvernement rapporté aux dépenses totales du gouvernement	48
Tableau 5 : Statistique descriptive des dépenses de SRMN-N par habitant (en FCFA)	48
Tableau 6 : Statistique descriptive des dépenses de SRMN-N par habitant selon la région (en FCFA)	48
Tableau 7 : Statistique descriptive des usages de l'aide étrangère à la SRMN de 2014 à 2021	50
Tableau 8 : Indices de concentration des dépenses de SRMN-N selon le taux de mortalité maternelle	51
Tableau 9 : Indices de concentration des dépenses de SRMN-N selon le taux de mortalité néonatale	52
Tableau 10 : Valeur du score d'efficacité des dépenses de SRMN-N sur la période 2015-2020	53
Tableau 11 : Statistique descriptive du score d'efficacité des dépenses de SRMN-N par région sur la période 2015-2020	53

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

APHRC	African Population and Health Research Center
CD 2030	Countdown to 2030
CNS	Comptes nationaux de la santé
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CPN	Consultations post-natales
CSU	Couverture sanitaire universelle
DEA	Analyse d'enveloppement des données
DPRS	Direction de Planification et de Recherche en Santé
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
GFF	Global Financing Facility
IC	Indice de concentration
ISED	Institut de Santé et Développement
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
M2	Muskoka2
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectifs du développement durable
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PSI-	Plan Stratégique Intégré SRMNIA
SRMNIA	
PSNDS	Plan Stratégique National de Développement Sanitaire
SAE	Suivi, apprentissage et évaluation
SHA	Système des comptes de la santé
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNPC	Système de notification des pays créanciers
SRMN	Santé de reproduction, maternelle et néonatale
SRMNI	Santé de reproduction, néonatale, maternelle et infantile

SRMNIA-N	Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescente et de nutrition
SRMN-N	Santé de reproduction, maternelle et néonatale, et de nutrition
SSP	Soins de Santé Primaires
TMM	Taux de mortalité maternelle
TMN	Taux de mortalité néonatale
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

PRINCIPAUX RESULTATS

- Les dépenses courantes de santé au niveau national ont remarquablement augmenté entre 2014 et 2021.
- Rapporté au PIB, les dépenses courantes de santé varient de 4,4% en 2014 à 4.9% en 2021.
- Les dépenses courantes de santé sont en grande partie effectuées par les ménages au cours de la période 2014-2021. Elles représentent en moyenne 56% du total des dépenses courantes de santé par an sur la période.
- La contribution du gouvernement aux dépenses courantes de santé est passée de 22% en 2014 à 23% en 2021.
- 6% des dépenses totales du gouvernement au Sénégal sont consacrées aux dépenses courantes de santé par le gouvernement.
- Des inégalités sont observées dans le niveau des dépenses courantes de santé par habitant entre les régions : Ziguinchor (70 446 FCFA), Kédougou (40 456 FCFA), Saint-Louis (34 833 FCFA) ont, après Dakar (87 429 FCFA), les montants de dépenses courantes par habitant les plus élevés en 2021.
- Les dépenses de SRMN-N ont considérablement augmenté entre 2014 et 2021. De 90 873 millions de FCFA en 2014, elles sont passées à 129 260 millions de FCFA en 2021.
- La santé de reproduction, maternelle et néonatale représente en moyenne 68% des dépenses de SMRN-N au Sénégal.
- Le gouvernement constitue la source qui finance le moins la SRMN-N au Sénégal. Les ménages (46% en moyenne) et les bailleurs externes (39% en moyenne) sont les plus gros contributeurs des dépenses de SRMN-N au Sénégal.
- En 2021, Ziguinchor (14 420 FCFA) et Dakar (13 814 FCFA) sont les régions où les dépenses de SRMN-N par habitant sont les plus élevées au Sénégal.
- En 2020, dans le contexte de crise sanitaire de la COVID-19, on observe une baisse des dépenses de SRMN-N par habitant dans toutes les régions, mais de moindre ampleur à Dakar (15 122 FCFA en 2019 à 14 997 FCFA en 2020, soit 1% de réduction).

- Kédougou est la région où les bailleurs externes financent le plus la SRMN-N au Sénégal.
- Les premiers partenaires du Sénégal pour l'aide à la santé de la reproduction, maternelle, et néonatale (SRMN) sont les donateurs bilatéraux, qui contribuent annuellement en moyenne à 68% des dépenses des bailleurs externes à la SRMN entre 2014 et 2020.
- Les trois principaux donateurs du Sénégal pour la SRMN sur la période 2014-2020 sont les Etats-Unis, qui est le plus grand donateur, la fondation Bill et Melinda Gates, le Fonds mondial.
- De 2015 à 2020, les dépenses des bailleurs externes pour la SRMN-N sont mieux allouées proportionnellement aux besoins de santé des régions que celles effectuées par les ménages et le gouvernement qui sont de moins en moins équitables.
- En matière d'efficacité du financement de la SRMN-N au Sénégal, en moyenne, 48% des ressources financières sont utilisées de manière optimale pour répondre aux besoins de santé en 2015-2020 ; par conséquent 52% des ressources ont été soit gaspillées, soit sous-utilisées, soit mal allouées.
- En 2020, 4 régions du pays sont totalement efficaces : Dakar, Diourbel, Thiès et Sédhiou. Kédougou et Ziguinchor sont les régions les moins efficaces avec des scores d'efficacité respectivement égaux à 15% et 35%.

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte et justification

L'amélioration de la santé des femmes et des enfants nécessite un financement suffisant pour mettre en œuvre des interventions éprouvées qui couvrent le continuum des soins, de la grossesse à l'accouchement, la période postnatale et l'enfance. La crise économique mondiale a entraîné une plus grande volatilité de l'aide internationale au développement en faveur de la santé maternelle et infantile, tant en ce qui concerne la disponibilité des fonds que la cohérence avec laquelle les donateurs respectent leurs engagements. L'accent est désormais mis sur le rôle du financement national - les fonds publics ou privés d'un pays engagés dans

le secteur de la santé - dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU). Des mécanismes de financement nationaux solides pour atteindre la CSU sont nécessaires pour garantir que les efforts déployés au niveau national pour atteindre la cible 3 des Objectifs du développement durable (ODD 3).

La santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescente et de nutrition (SRMNIA-N) qui s'occupe de la santé de la femme et des enfants, les couches les plus vulnérables, est un axe prioritaire de la couverture universelle sanitaire. La question du financement de la SRMNIA-N vient par conséquent jouer un rôle très important dans l'accès aux services de santé, de qualité des soins, d'équité, de protection financière. Dans cette perspective, le financement SRMNIA-N est une composante clef du système de santé des pays pour garantir la couverture universelle sanitaire. La redevabilité des gouvernements et des donateurs est davantage requise dans le financement de la santé et de la SRMNIA-N. Pour rendre cette redevabilité effective au niveau des gouvernements, l'analyse des données financières en santé s'impose, tant au niveau national qu'infranational, afin de mieux orienter les politiques de financement de la santé en général et de la SRMNIA-N en particulier.

Le consortium "Countdown to 2030" (CD 2030), composé d'experts et de chercheurs en suivi et évaluation originaires d'institutions universitaires mondiales, régionales et nationales, en collaboration avec les agences des Nations unies et la Banque mondiale, est engagé depuis 2005 dans le suivi des progrès des interventions visant à sauver des vies dans le domaine de la (SRMNIA-N). La ligne directrice du CD2030 est articulée comme suit : l'alignement sur les mécanismes nationaux de suivi, d'apprentissage et d'évaluation (SAE) ; la collaboration avec les institutions nationales et chercheurs en santé publique ; la garantie de résultats de haute qualité en matière de SAE ; le renforcement des capacités d'analyse et de communication des résultats ; l'utilisation de sources de données multiples en mettant l'accent sur les données infranationales ; la prise en compte de tous les éléments clés de la SRMNIA-N ; la mise en place de plateformes pour l'apprentissage et la mise en réseau aux niveaux régional et mondial ; et le renforcement de la redevabilité.

Dans le déroulement de ses activités de soutien, la phase 2020-2022 du CD 2030 est axée sur la collaboration et le soutien technique pour 19 pays bénéficiant du soutien du Global

Financing Facility (GFF). Pour rendre ses actions effectives, le CD 2030 collabore avec une institution nationale de santé publique ou de recherche, le ministère de la santé et d'autres acteurs nationaux de chaque pays, dans le but de renforcer la production de données probantes en vue des revues des progrès et des performances du Plan SRMNIA-N. Au Sénégal, l'Institut de Santé et Développement (ISED) est le principal partenaire du CD 2030 en œuvrant étroitement avec le ministère de la Santé par le biais de la Direction de Planification et de Recherche en Santé (DPRS) et de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME). Des partenaires régionaux et internationaux, que sont le African Population and Health Research Center (APHRC), qui dirige les soutiens du CD 2030 en Afrique subsaharienne, la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), sont engagées dans cette collaboration pour fournir un appui technique spécifique à l'équipe locale du Sénégal.

Dans le cadre de cette collaboration, le présent rapport décrit l'évolution du financement de la santé et de la santé de reproduction, maternelle, néonatale et de nutrition (SRMN-N) au Sénégal. L'objectif général de ce rapport est d'analyser le niveau, les tendances des dépenses de santé et de la santé de reproduction, maternelle, néonatale et de nutrition (SRMN-N), puis d'analyser de manière plus approfondie l'équité et l'efficacité des dépenses de la SRMN-N au Sénégal, au cours de la période 2014-2021. Il s'agira de manière spécifique de :

- Mesurer les flux annuels des dépenses courantes de santé au niveau national et infranational selon les sources
- Mesurer les flux annuels des dépenses de SRMN-N au niveau national et infranational selon les sources
- Analyser les flux annuels de l'aide à la SRMN-N en relevant les ressemblances et dissemblances des donateurs.
- Analyser l'équité et l'efficacité des dépenses de la SRMN-N entre les régions du pays.

1.2 Aperçu du système national de financement de la santé

Le système national de financement de la santé au Sénégal est basé sur une combinaison de sources publiques, privées et externes. Sur la période 2019-2023, les ménages constituent la

principale source de financement de la santé au Sénégal. Selon les données de la cartographie des ressources du Plan National de Développement Sanitaire et Social 2019-2023 (PNDSS), les estimations révèlent que les dépenses des ménages comptent pour 47% des dépenses de santé sur la période 2019-2023. Les ménages dépensent majoritairement dans les établissements de santé du secteur privé (81%), moins dans les établissements de santé de référence (12%) et ceux des soins de santé primaires (7%) (Ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2019).

Cette répartition des ménages n'a pas connue d'amélioration au regard des comptes nationaux de la santé en 2016 qui estiment que le secteur privé (Hôpital à but non lucratif, Postes de santé catholiques, Cliniques privées, Cabinets privés de professionnels de santé, Laboratoires d'analyse et imagerie, Vente de médicaments, Tradipraticiens) reçoit 81% de la contribution des ménages contre 19% pour le secteur public (Hôpitaux publics, Centres de santé publics, Postes de santé). Sur la période 2019-2023, la part des dépenses de santé de l'Etat sont estimées à 29% des dépenses totales de santé (PNDSS, 2021). Alors que celle des bailleurs comptent pour 19%, celle du secteur privé pour 2%, et celle des collectivités territoriales pour 3%.

Le Sénégal a lancé son programme de Couverture sanitaire universelle (CSU) en 2013, avec l'objectif d'étendre la couverture et le partage de risques afin de réduire les inégalités et les vulnérabilités (African Strategies for Health, 2016). Cet objectif est traduit dans le Plan Stratégique de CUS du Sénégal pour 2013-2017 qui inclut les éléments de réforme du système de santé, tels que la décentralisation, le partenariat avec le secteur privé, la mise en place de frais d'utilisateurs et le ciblage des populations vulnérables (African Strategies for Health, 2016).

La politique sanitaire du Sénégal est définie et mise en œuvre par le ministère de la Santé et de l'Action sociale avec comme support d'actions le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) et le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS). Le PNDSS a pour axe stratégique prioritaire l' « Accélération de la lutte contre la mortalité et

la morbidité maternelles, néonatales et infanto-juvéniles ». Le PDIS est exécuté annuellement par le biais des plans d'opération produits par tous les acteurs du développement sanitaire¹.

Encadré 1: Les engagements internationaux du Sénégal en vue de l'amélioration du financement de la santé

- La Résolution de la 58ème Assemblée Mondiale de la Santé, qui a été adoptée à l'unanimité, recommande aux pays membres de l'OMS de développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute leur population un accès aux services de santé de qualité.
- Le Règlement Général de l'UEMOA, adopté lors du Conseil des Ministres, en juin 2009, vise à mettre en place une réglementation uniforme et efficace pour assurer la promotion des mutuelles sociales, dont les mutuelles de santé dans l'espace UEMOA ; En outre, dans le cadre de la réalisation de ses objectifs d'intégration régionale, six (06) directives relatives à l'amélioration et à la modernisation des instruments de gestion des finances publiques ont été adoptées. Elles ont toutes été internalisées par le Sénégal.
- La résolution sur la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) a été adoptée lors de la 67ème session de l'Assemblée Générale des Nations-Unies le 12 décembre 2012. Cette résolution appelle chaque État membre à éviter de recourir au paiement direct des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires.
- La Déclaration d'Astana des 25 et 26 octobre 2018, lors du forum sur les 40 ans des Soins de Santé Primaires (SSP) engage les pays dans la voie de renforcement des SSP ;
- Le Sénégal a réaffirmé les engagements pris dans la déclaration d'Alma Ata de 1978 et dans le programme de développement durable à l'horizon 2030, pour parvenir à la santé pour tous. Ces engagements consistent à : faire des choix politiques ambitieux pour la santé dans tous les secteurs ; construire des soins de santé primaires durables ; donner aux individus et aux communautés les moyens d'agir

¹ [Politique Sanitaire | MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE \(sante.gouv.sn\)](http://sante.gouv.sn)

et; aligner le soutien des parties prenantes sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux.

Extrait de : Ministère de la Santé et de l'Action sociale (2019)

1.3 La place de la SRMNIA-N dans le système de santé du Sénégal

La santé maternelle et infantile est au cœur du plan d'action national, le Plan Stratégique Intégré SRMNIA (PSI-SRMNIA). Ce plan d'une est intégré dans le Plan Stratégique National de Développement Sanitaire (PSNDS) 2019-2023. Le PSI-SRMNIA vise à réduire la mortalité maternelle et infantile en améliorant l'accès aux services de santé maternelle et infantile, en renforçant les capacités des prestataires de soins de santé et en améliorant la qualité des soins. En outre, un dossier d'investissement de la santé pour l'amélioration de la Santé Maternelle et Infantile (SMI) et un Plan d'urgence de la santé de la mère et du nouveau - né sont intégrés au PSNDS.

Le dossier d'investissement se focalise sur 5 interventions prioritaires :

1. offrir un paquet intégré d'interventions de SRMNIA à haut impact ;
2. améliorer l'équité et la demande de services de SRMNIA ;
3. améliorer la santé des adolescent(e)s jeunes ;
4. renforcer les piliers de l'offre de SRMNIA ;
5. et renforcer la gouvernance du système de santé.

Le dossier d'investissement en ligne de compte l'approche intégrée des prestations ; l'approche de gestion axée sur les résultats ; l'approche multisectorielle et décentralisée ; et l'équité, le genre et la prise en compte des besoins des populations prioritaires. Le budget global du dossier d'investissement est estimé à 496 132 650 133 FCFA, pour la période de 2018-2022. Le deuxième axe prioritaire du dossier d'investissement, qui vise l'amélioration de l'équité et de la demande de services pour les personnes vulnérables, compte pour près de la moitié du budget total (voir **Tableau 1**).

Tableau 1 : Budget total du dossier d'investissement SRMNIA par priorité pour la période 2018-2022

PRIORITES	BUDGET TOTAL (EN FCFA)
Priorité 1 : Offrir un paquet intégré d'interventions de SRMNIA à haut impact	152,157,741,495
Priorité 2 : Améliorer l'équité et la demande de services de SRMNIA pour les personnes vulnérables	212,462,438,200
Priorité 3 : Améliorer la santé des adolescent(e)s / jeunes via la multisectorialité	2,501,318,278
Priorité 4 : Renforcer les piliers de l'offre de SRMNIA	116,012,324,582
Priorité 5 : Renforcer la gouvernance du système de santé et de l'état civil	12,998,827,577
Total	496,132,650,132

Source : Direction de la santé de la mère et de l'enfant (2019)

1.4 Les défis du système de santé au Sénégal

Malgré les efforts déployés par le gouvernement sénégalais et les organisations internationales, le système de santé au Sénégal est encore confronté à de nombreux défis qui entravent l'accès aux soins de santé de qualité pour l'ensemble de la population. Ces défis sont entre autres (Ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2019) :

- le manque d'infrastructures adéquates : certaines régions rurales du pays ne disposent pas d'installations médicales adéquates, ce qui limite l'accès aux soins de santé pour les populations vivant dans ces régions. Les hôpitaux et les centres de santé manquent souvent de personnel qualifié, d'équipements médicaux et de médicaments essentiels ;
- l'insuffisance et la mauvaise répartition des ressources humaines qui limitent la qualité des services de santé;
- le financement insuffisant du système de santé : le gouvernement sénégalais consacre une part relativement faible de son budget national à la santé, ce qui limite les ressources disponibles pour améliorer les infrastructures, recruter du personnel qualifié et fournir des services de santé de qualité ;
- la faible couverture et la fragmentation des systèmes de protection sociale ;

- la persistance des maladies infectieuses (le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida) et l'émergence des maladies non transmissibles, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et les cancer ;
- la faible participation et implication des communautés, des acteurs non étatiques et des partenaires au développement dans la gouvernance et le financement du système de santé.

Encadré 2: Les obstacles au financement de la santé au Sénégal

L'analyse situationnelle du financement du secteur révèle beaucoup de points à améliorer dont :

- l'absence de stratégies communes et inclusives sur les déterminants liés au système de santé qui limite les efforts visant à rationaliser les dépenses de santé ;
- la fragmentation des régimes d'assurance du risque maladie et d'assistance médicale ;
- la faiblesse de la couverture assurancielle de la population (moins de 50% de la population est couverte par un système formel d'assurance maladie) ;
- la faible part du budget de la santé (8% du budget national) qui reste en deçà de la norme de 15% visée ;
- l'insuffisance de l'exécution du budget d'investissement qui atteint rarement les 70% contrairement au budget de fonctionnement qui dépasse régulièrement les 90% ;
- la faible contribution des collectivités territoriales dans le financement de la santé (1% du budget de la santé) notamment à cause de leurs ressources limitées ;
- la baisse de la part contributive des partenaires techniques et financiers entre 2008 et 2013, passant de 21% à 13% ;
- les différences de cycles budgétaires et procédures de mobilisation des fonds qui constituent des difficultés réelles dans l'harmonisation pour la réalisation des programmes, malgré les principes édictés par la Déclaration de Paris ;
- la forte progression (de 21% en 5 ans) des dépenses du secteur privé comprenant celles des ménages, des entreprises et des ONG ;

- la forte contribution (58% en 2013, d'après les Comptes de la Santé) des ménages à travers le paiement direct des dépenses totales de santé.

Extrait de : Ministère de la Santé et de l'Action sociale (2019)

2 Méthodologie

2.1 Conception de l'étude

Cette étude emploie une approche quantitative de l'analyse du financement de la SRMN-N au Sénégal. L'analyse repose sur l'utilisation des méthodes de la statistique descriptive (estimation des paramètres de tendance centrale, de dispersion, de corrélation et de concentration) à partir de données secondaires.

2.2 Collecte et analyse des données

Les données exploitées dans le cadre de cette analyse tirent leur source en grande partie des comptes de la santé élaborés par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale. Les comptes de la santé (CS) constituent un outil d'aide à la décision. Ils permettent un suivi systématique, cohérent et exhaustif des flux des ressources du système de santé d'un pays. Ils contribuent à l'élaboration des politiques de santé, au suivi et à l'évaluation des interventions en matière de santé. Au Sénégal, ils sont élaborés suivant la nouvelle méthodologie du Système des comptes de la santé (SCS) initiée en 2011. Le SCS prend en compte : (i) une couverture plus complète de 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, ayant 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 (Direction de la santé de la mère et de l'enfant, 2019).

Une seconde source principale de données est le classeur de données constitué par l'algorithme Muskoka2. En effet, l'algorithme Muskoka2 a été développé pour suivre l'aide à la santé maternelle, néonatale et infantile de manière à soutenir l'analyse du respect des

engagements des donateurs et des modèles de distribution de l'aide à la santé maternelle, néonatale et infantile parmi les bénéficiaires d'une manière efficace, opportune, précise, prévisible et transparente. Il est le fruit d'une collaboration entre des universitaires, des donateurs et d'autres parties prenantes, dont Countdown to 2030 et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. L'approche Muskoka2 a cherché à conserver la simplicité et la transparence de l'approche originale de Muskoka, développée par les donateurs du G8, tout en incorporant huit innovations pour améliorer la précision et permettre des analyses plus granulaires au niveau des bénéficiaires, en s'appuyant sur les points forts de l'approche précédente du Countdown to 2015 (Dingle et al., 2020 ; Pitt et al., 2021).

En pratique, l'algorithme Muskoka2 est appliqué aux ensembles de données sur l'aide fournis par le Système de notification des pays créanciers (SNPC) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Ces ensembles de données sont créés à partir des déclarations d'aide des donateurs par secteur et objectif sous-sectoriel. Le classeur Excel Muskoka2 constitue ainsi la plateforme de traitement de données financières et d'estimations de l'aide extérieure à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, pour 146 pays bénéficiaires dans le monde, sur la période 2002-2021.

2.3 Analyse du financement de la santé et de la SRMN-N

L'analyse du financement de la SRMN-N dans ce rapport porte spécifiquement sur les analyses du financement interne, externe, et du financement infranational.

Analyse du financement interne

L'analyse du financement interne a consisté à évaluer le niveau des dépenses publiques ; les paiements directs des ménages ; les fonds des bailleurs externes pour la santé en général et pour la SRMN-N en particulier. Il s'agit d'analyser, sur la période 2014-2021, les tendances de ces dépenses au niveau national et au niveau infranational (en considérant les 14 régions du Sénégal), à partir des comptes nationaux de la santé et données sur les dépenses de santé de l'Organisation mondiale de la santé. L'analyse au niveau infranational porte sur les 14

régions administratives du Sénégal, les données n'étant pas disponibles pour les 78 districts sanitaires.

Analyse du financement externe pour la SRMN

En utilisant l'outil Muskoka2, l'analyse du financement externe a été rendu possible pour générer les tendances du financement externe pour la santé de reproduction, maternelle et néonatale (SRMN) de 2014 à 2021 au Sénégal globalement et par bailleur. Cette analyse permet de décrire les priorités dans le financement des bailleurs de fonds de la SRMN et de son évolution dans le temps, sans tenir compte de la dimension nutritionnelle qui n'est pas prise en charge par l'algorithme Muskoka2. Un autre objectif de cette analyse est de déterminer la mesure dans laquelle le financement externe est mis en commun dans le temps, en répondant aux questions de recherche suivantes :

- Quelle est la part de l'aide à la SRMN fournie par les bailleurs à travers les canaux gouvernementaux, les institutions multilatérales, les financements privés ?
- Quelle est la volatilité et fragmentation de l'aide à la SRMN accordée par les 10 principaux bailleurs de la SRMN au Sénégal ?

Analyse d'équité au niveau infranational

L'analyse de l'équité dans l'allocation des ressources et des contributions entre les 14 régions administratives du Sénégal a été réalisée sur la base de trois sources de financement de la santé de reproduction, maternelle et néonatale, et de nutrition (SRMN-N) : les dépenses du gouvernement, les fonds des bailleurs externes et les dépenses des ménages. L'objectif de cette analyse d'équité est d'évaluer si les dépenses de SRMN-N sont réparties en fonction des besoins des régions (par exemple, plus de dépenses dans les régions à grands besoins). Les instruments exploités pour cette analyse sont les courbes de concentration et les indices de concentration.

Dans cette étude, une courbe de concentration représente la part des dépenses d'une source de financement de SRMN-N par les proportions cumulées des populations des régions classées par ordre décroissant selon la taille de leurs besoins. Ainsi, lorsque la dépense

concernée est uniformément répartie entre les régions, la courbe de concentration se confondra avec la ligne d'égalité à 45 degrés. Si la dépense concernée est plus élevée (plus faible) pour les régions ayant des besoins élevés (faibles), la courbe de concentration se situera au-dessus (au-dessous) de la ligne d'égalité. Plus la courbe se situe au-dessus de la ligne d'égalité, plus la dépense de SRMN-N est concentrée dans les pays régions du Sénégal où les besoins sont élevés.

L'indice de concentration (IC) est un indicateur qui permet d'évaluer numériquement la concentration des dépenses de SRMN-N par rapport aux besoins de santé des régions. L'IC va de - 1 à + 1. Si l'IC est + 1, toute la dépense de SRMN-N va à la région dont les besoins de santé sont les plus faibles au Sénégal, les besoins étant classés de manière décroissante. Si l'indice de concentration est de -1, la région à grands besoins de santé concentre toutes les dépenses de SRMN-N, et s'il est de 0, la dépense est également répartie entre les régions indépendamment de la taille de leurs besoins de santé.

Les données exploitées pour cette analyse sont le taux de mortalité maternelle et le taux de mortalité néonatale par région disponibles de 2015 à 2020, comme indicateur de mesure des besoins des régions, puis les dépenses de SRMN-N par habitant par région.

Analyse d'efficacité au niveau infranational

L'analyse d'efficacité a pour objectif de mesurer le niveau d'efficacité des dépenses de SMRN-N dans l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. De manière plus approfondie, l'étude d'efficacité a consisté à la comparaison les intrants du financement de la SRMN-N en termes de dépenses et les résultats de la couverture sanitaire de 2015 à 2020.

Trois postes de dépenses de santé (dépenses de santé du gouvernement, financement des bailleurs externes, dépenses des ménages) par région ont été considérés comme des intrants de financement. Les résultats sont aussi basés sur trois indicateurs de prestation de services provenant de l'Annuaire des statistiques sanitaires et sociales. Ces indicateurs sont : le nombre de nouveaux nés infectés ayant reçu un traitement antibiotique ; le nombre de nouveaux nés ayant bénéficié du paquet de soins immédiats à la naissance ; le nombre de

femmes enceintes ayant effectué complètement quatre consultations post-natales (4 CPN) (voir **Tableau 2**).

L'étude de l'efficacité des dépenses de SRMN-N s'est appuyée sur l'approche de l'analyse d'enveloppement des données (DEA). L'analyse d'enveloppement des données (DEA) est générée pour chaque région du Sénégal en montrant comment une région convertit un ensemble d'intrants (dépenses de santé) en un résultat donné (score de couverture du SRMN-N). Les scores d'efficacité vont de 0 (totalement inefficace) à 100 (efficace).

Tableau 2 : Type de données exploitées pour le calcul du score d'efficacité

Type de données	Indicateurs	Horizon temporel	Sources de données
Inputs (dépenses de SRMN-N)	Dépenses de SRMN-N du gouvernement par habitant	2014-2021	Cellule de l'économie de la santé
	Dépenses de SRMN-N des ménages par habitant		
	Dépenses de SRMN-N des bailleurs externes par habitant		
	<i>Protection au risque financier (dépenses catastrophiques et d'appauvrissement de santé)</i>	<i>Non disponible</i>	<i>Non applicable</i>
Outputs (Couverture sanitaire universelle)	Prestations de soins (3 indicateurs SRMNIA disponibles) : <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de nouveaux nés infectés ayant reçu un traitement antibiotique ; • Nombre de nouveaux nés ayant bénéficié du paquet de soins immédiats à la naissance ; • Nombre de femmes enceintes ayant effectué complètement 4 CPN 	2015-2020	Annuaire des statistiques sanitaires et sociales

3 Résultats

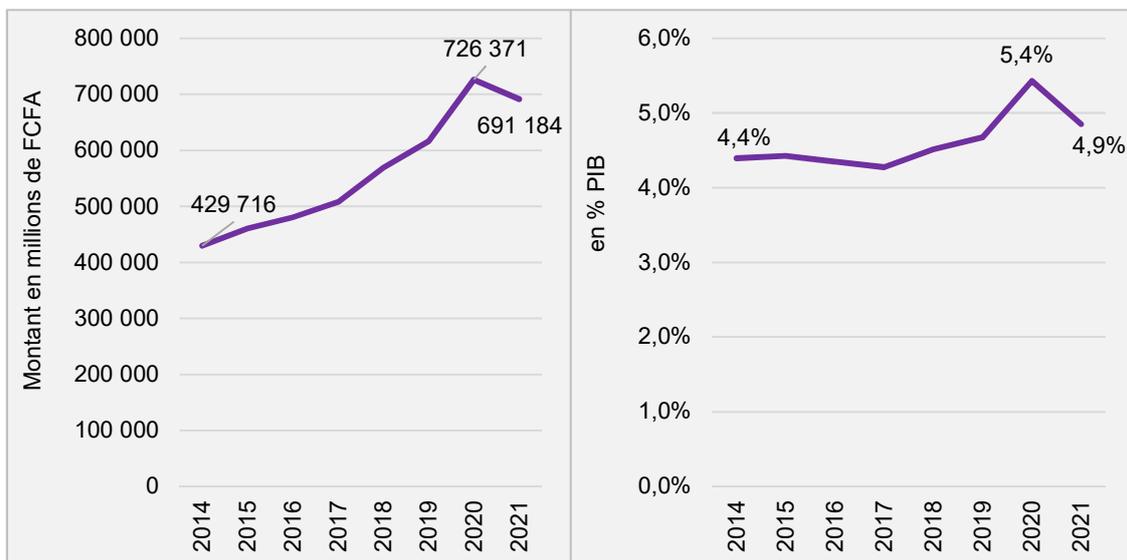
3.1 Niveaux, tendances des dépenses courantes de la santé

Dépenses courantes de santé au niveau national

Considérant les dépenses courantes de santé au niveau national, les résultats montrent qu'elles ont remarquablement augmenté entre 2014 et 2021. De 429 716 millions de FCFA en 2014, elles sont passées à 691 184 millions de FCFA en 2021, soit une progression de 61%. En moyenne, le Sénégal a dépensé 560 282 millions de FCFA par an sur la période 2014-2021, en matière de dépenses courantes de santé. Rapporté au PIB, les dépenses courantes de santé varient de 4,4% en 2014 à 5,4% en 2020, puis à 4,9% en 2021 (voir **Graphique 1**). Le pic observé en 2020 s'explique par la réponse à la crise sanitaire de la COVID-19 où femmes et enfants étaient les plus exposés.

Les dépenses courantes de santé par habitant suivent la même évolution que les dépenses courantes de santé totales. De 30 857 FCFA en 2014, elles sont passées à 40 149 FCFA par habitant en 2021, soit une augmentation de 30% : une progression moins rapide que celle du montant des dépenses courantes de santé totales entre ces deux années. En 2020, les dépenses courantes de santé par habitant ont atteint leur plus grande valeur sur l'ensemble de la période, soit 43 481 FCFA (voir **Tableau 3** en annexe).

Graphique 1 : Dépenses courantes de santé (en millions de FCFA et %PIB)



Quand on considère les sources de financement des dépenses courantes de santé les dépenses courantes de santé sont en grande partie effectuées par les ménages. Les analyses

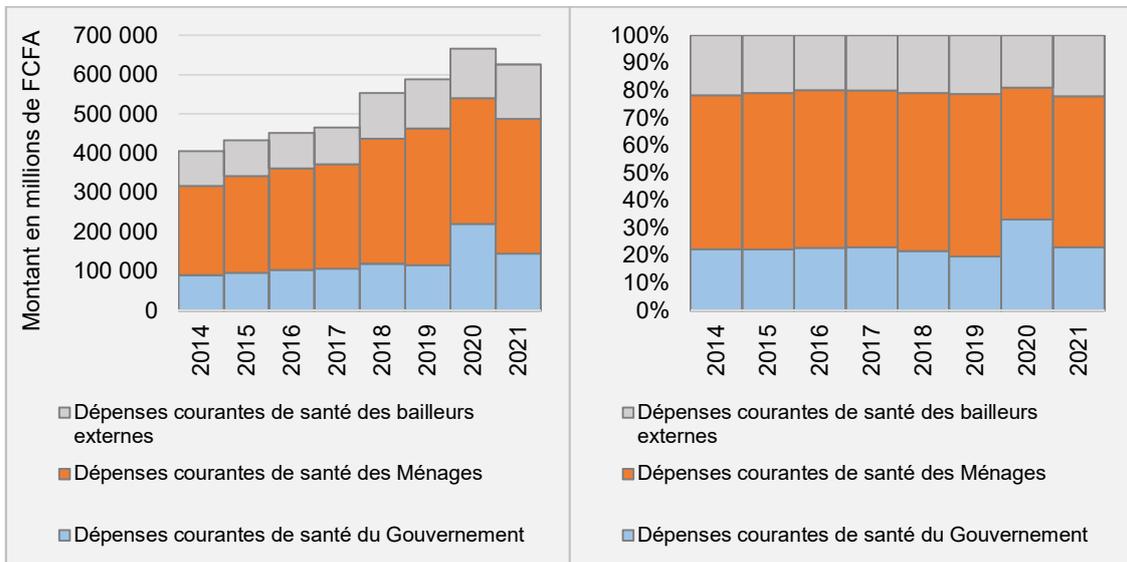
révèlent que les dépenses courantes de santé effectuées par les ménages représentent en moyenne 56% du total des dépenses courantes de santé par an, sur la période 2014-2021. On observe toutefois, un déclin de la contribution des ménages aux dépenses courantes de santé en 2020, où le gouvernement a augmenté la sienne (48% pour les ménages et 33% pour le gouvernement) (voir **Graphique 2**).

La contribution du gouvernement aux dépenses courantes de santé est passée de 22% en 2014 à 23% en 2021, soit une progression d'un point de pourcentage entre ces deux années. La contribution du gouvernement aux dépenses courantes de santé s'est peu améliorée au cours de la période. De 2019 à 2020, cette contribution passe de 20% à 33%, pour revenir à 23% en 2021 (voir **Graphique 2**).

Les bailleurs contribuent pratiquement à la même hauteur que le gouvernement aux dépenses courantes de santé au Sénégal, sur la période 2014-2021. Par contre, la contribution des bailleurs aux dépenses courantes de santé est restée inchangée en 2014 et en 2021. A 22% en 2014, cette contribution est la même en 2021. En outre, on observe une baisse des dépenses courantes de santé des bailleurs externes entre 2019 (21%) et 2020 (19%) (voir **Graphique 2**).

En observant l'évolution des dépenses courantes de santé du gouvernement par rapport aux dépenses totales du gouvernement, les résultats montrent que 6% des dépenses totales du gouvernement au Sénégal sont consacrées aux dépenses courantes de santé. Le pays est encore loin de la cible de 15% de l'accord d'Abuja. Mais en 2020, elles représentent 11%, ce qui s'explique par la riposte du gouvernement à la pandémie de la COVID-19 (voir **Tableau 4**).

Graphique 2 : Dépenses courantes de santé par source de financement



Dépenses de santé courante au niveau infranational

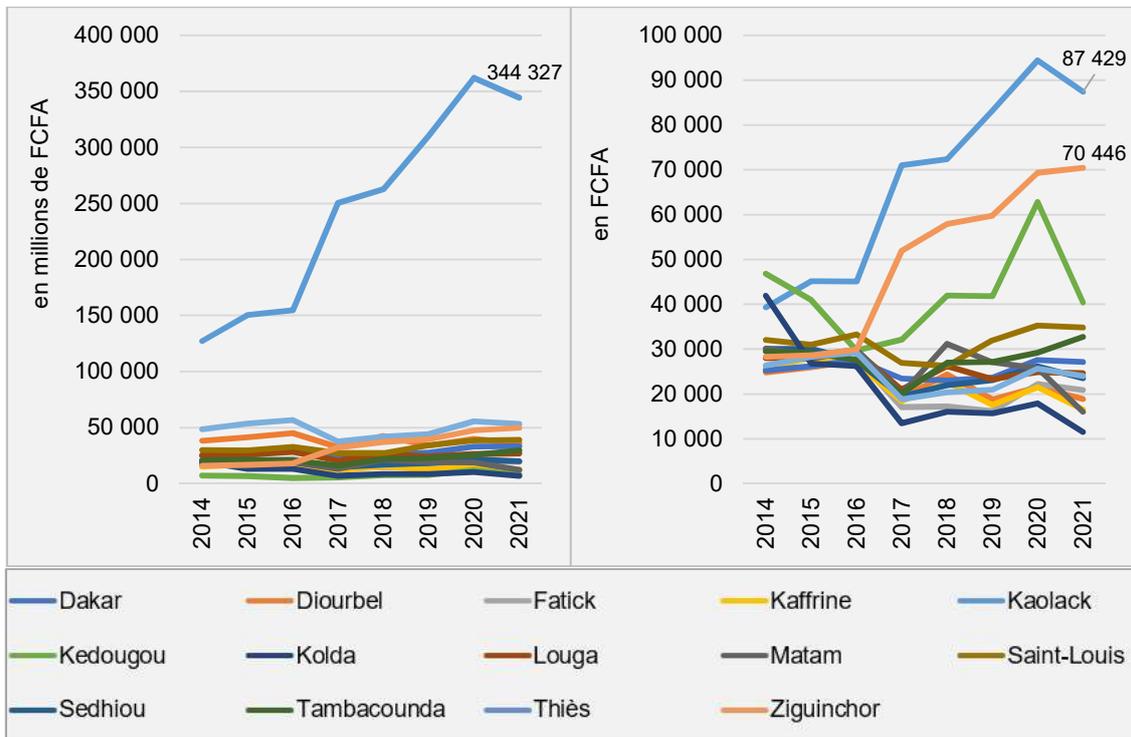
L'analyse graphique des dépenses courantes de santé révèle qu'il y a une grande disparité entre les régions. En 2014, le montant des dépenses courantes de santé dans la région de Dakar s'élevait à 127 205 millions de FCFA, contre 7 314 millions de FCFA pour la région de Kédougou. En 2021, ce montant a quasiment triplé pour la région de Dakar, s'établissant à 344 327 millions de FCFA, alors qu'il a connu une légère amélioration pour la région de Kédougou, pour une valeur de 7 969 millions de FCFA (voir **Graphique 3**).

Quand on entreprend une analyse du montant des dépenses courantes de santé par habitant, Dakar n'est plus considérée comme la région avec le montant le plus élevé en 2014 (39 940 FCFA). Ce sont en revanche les régions de Kédougou (46 777 FCFA) et Sédhiou (41 899 FCFA) qui ont les montants de dépenses courantes de santé par habitant les plus élevés. De 2015 à 2021, le montant des dépenses courantes de santé par habitant s'accroît pour la région de Dakar, qui devient la région avec le montant le plus élevé sur cette période (2015-2021) (voir **Graphique 3**).

En 2021, les dépenses courantes de santé par habitant s'élèvent à 87 429 FCFA par habitant dans la région de Dakar, soit plus du double par rapport à 2014. Ziguinchor (70 446 FCFA), Kédougou (40 456 FCFA), Saint-Louis (34 833 FCFA) ont, après Dakar, les montants de

dépenses courantes par habitant les plus élevés en 2021. Sédhiou qui comptait parmi les régions à montant élevé en 2014, se retrouve au bas de l'échelle en 2021, avec 11 511 FCFA, soit 8 fois moins qu'à Dakar (voir **Graphique 3**).

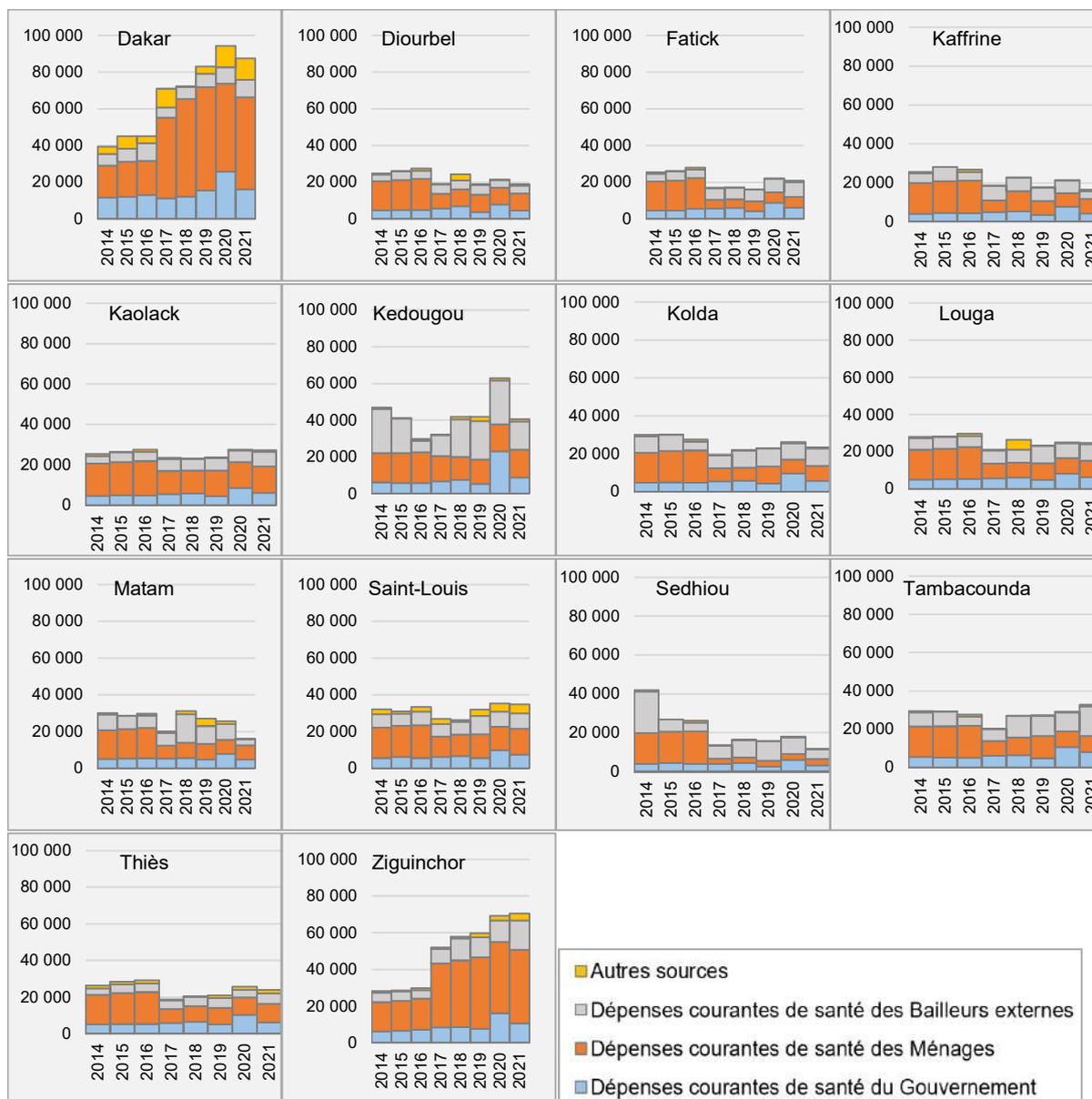
Graphique 3 : Tendances des dépenses courantes de santé de 2014 à 2021



En ce qui concerne les dépenses courantes de santé par habitant, elles sont en grande partie supportées par les ménages dans les régions de Dakar, de Kaolack, de Ziguinchor sur l'ensemble de la période 2014-2021. Toutefois, de 2014 à 2016, les dépenses courantes de santé sont supportées en grande partie à Kaffrine, à Kolda, à Saint-Louis, à Tambacounda et à Thiès ; à partir de 2017, ce sont les bailleurs externes qui contribuent le plus aux dépenses courantes de santé par habitant dans ces régions (voir **Graphique 4**).

Contrairement aux autres régions, Kédougou est la seule région où les dépenses courantes de santé par habitant sont en grande partie supportées par les bailleurs externes. Quelle que soit la région, les analyses montrent qu'en 2020, les dépenses courantes de santé par habitant effectuées par le gouvernement ont atteint leur pic sur l'ensemble de la période 2014-2021, avec une hausse remarquable par rapport à 2020 à Dakar et à Kédougou (voir **Graphique 4**).

Graphique 4: Dépenses courantes de santé par habitant, selon la région et la source de financement (en FCFA) de 2014 à 2021



3.2 Niveaux et tendances des dépenses de SRMN-N

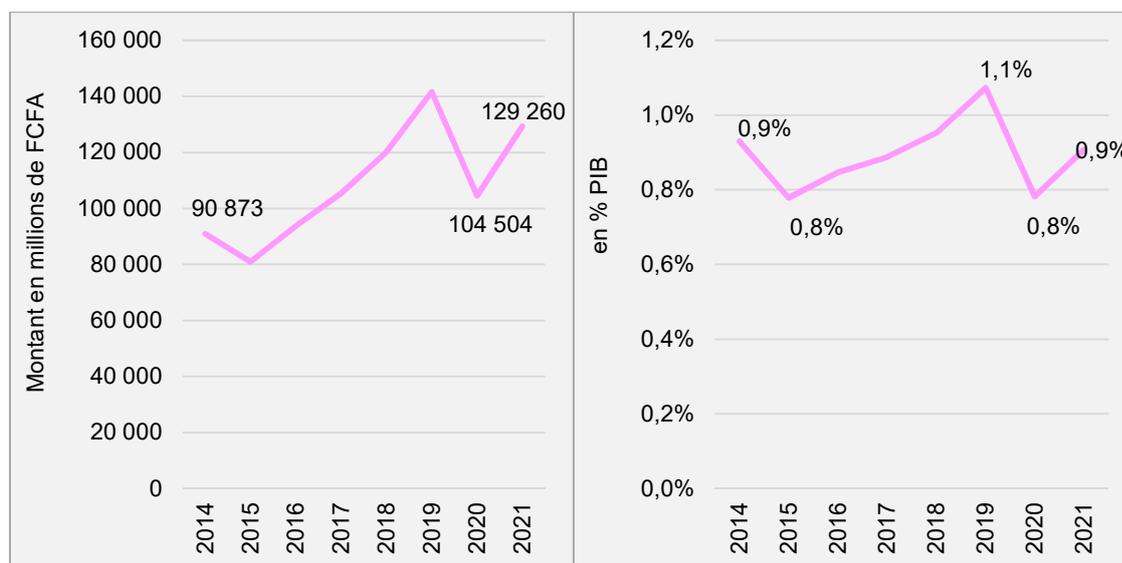
Dépenses de SRMN-N au niveau national

Les dépenses de SRMN-N ont considérablement augmenté entre 2014 et 2021. De 90 873 millions de FCFA en 2014, elles sont passées à 129 260 millions de FCFA en 2021. Le montant global des dépenses de SRMN-N a connu une tendance haussière sur l'ensemble de la période

considérée, malgré le recul observé entre 2019 et 2020. En 2019, les dépenses de SRMN-N étaient de 141 594 millions de FCFA contre 104 504 millions de FCFA en 2020, soit un recul de 26%. Rapportées au PIB, la part des dépenses de SRMN-N dans le PIB du Sénégal a peu varié dans un intervalle compris entre 0,8% du PIB et 1,1% du PIB sur la période 2014-2021. En 2014, elles représentaient 0,9% du PIB, un taux qui est resté le même en 2021. Malgré les performances économiques du Sénégal, la proportion des dépenses de SRMN-N au PIB est restée quasiment la même entre 2014 et 2021 (voir **Graphique 5**).

Les dépenses de SRMN-N par habitant sont comprises dans un intervalle de 5 638 FCFA et 8 735 FCFA par année sur la période 2014-2021. En 2014, les dépenses de SRMN-N valaient 6 525 FCFA par habitant ; en 2021, elles valaient 7 508 FCFA par habitant, soit 6 fois moins que les dépenses courantes de santé par habitant pour la même année (40 149 FCFA) (voir **Tableau 3** en annexe). Entre 2019 et 2020, les dépenses de SRMN-N par habitant sont passées de 8 735 FCFA à 6 256 FCFA, soit un déclin de 28% : la baisse des dépenses de SRMN-N en 2020 par rapport à 2019 se fait plus ressentir au niveau individuel qu’au niveau national (voir **Tableau 3** en annexe).

Graphique 5 : Tendances des dépenses de SRMN-N (en millions de FCFA et en % du PIB) de 2014 à 2021

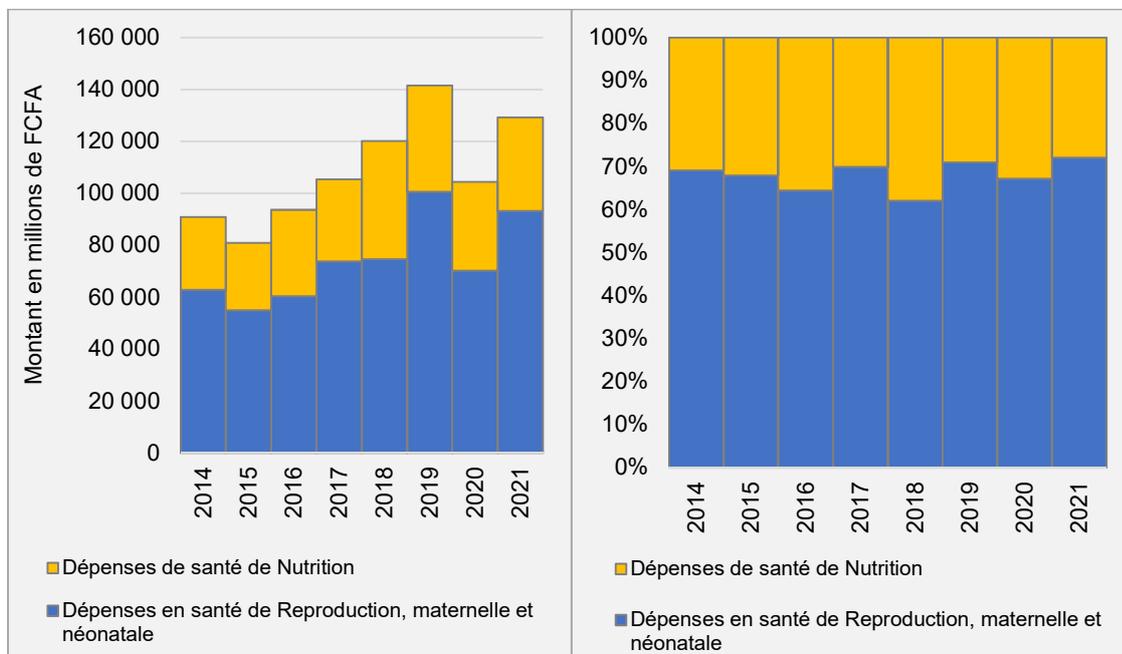


La santé de reproduction, maternelle et néonatale (SRMN) a une évolution croissante de 2014 (62 844 millions de FCFA) à 2019 (100 610 millions de FCFA). Toutefois, le montant

des dépenses de SRMN a baissé entre 2019 et 2020 (70 230 millions de FCFA), puis a augmenté entre 2020 et 2021 (93 240 millions de FCFA) (voir **Graphique 6**).

La santé de reproduction, maternelle et néonatale représente en moyenne 68% des dépenses de SMRN-N au Sénégal. Cette proportion varie entre 62% et 72% sur l'ensemble de la période 2014-2021. En 2014, la santé de reproduction, maternelle et néonatale contribuait à 69% des dépenses de SRMN-N au Sénégal. Cette contribution a connu un déclin jusqu'en 2016, avec une proportion égale à 64% ; par suite, cette contribution a connu une évolution en dents de scie, égalant les 72% en 2021 (voir **Graphique 6**).

Graphique 6 : Evolution des dépenses de SRMN-N par composante de 2014 à 2021



L'analyse des sources de financement de la SRMN-N au Sénégal révèle que le gouvernement constitue la source qui finance le moins la SRMN-N au Sénégal. Entre 2014 et 2016 (13 052 millions de FCFA à 18 018 millions de FCFA), on observe une croissance des dépenses gouvernementales de la SRMN-N, puis une décroissance de 2017 à 2019 (12 572 millions de FCFA à 12 342 millions de FCFA). En 2020, les dépenses gouvernementales pour la SRMN-N s'accroissent de 67,8% par rapport à l'année 2019, s'établissant à 20 704 millions de FCFA. En 2021, le montant de ces dépenses est évalué à 13 044 millions de FCFA : il y a par

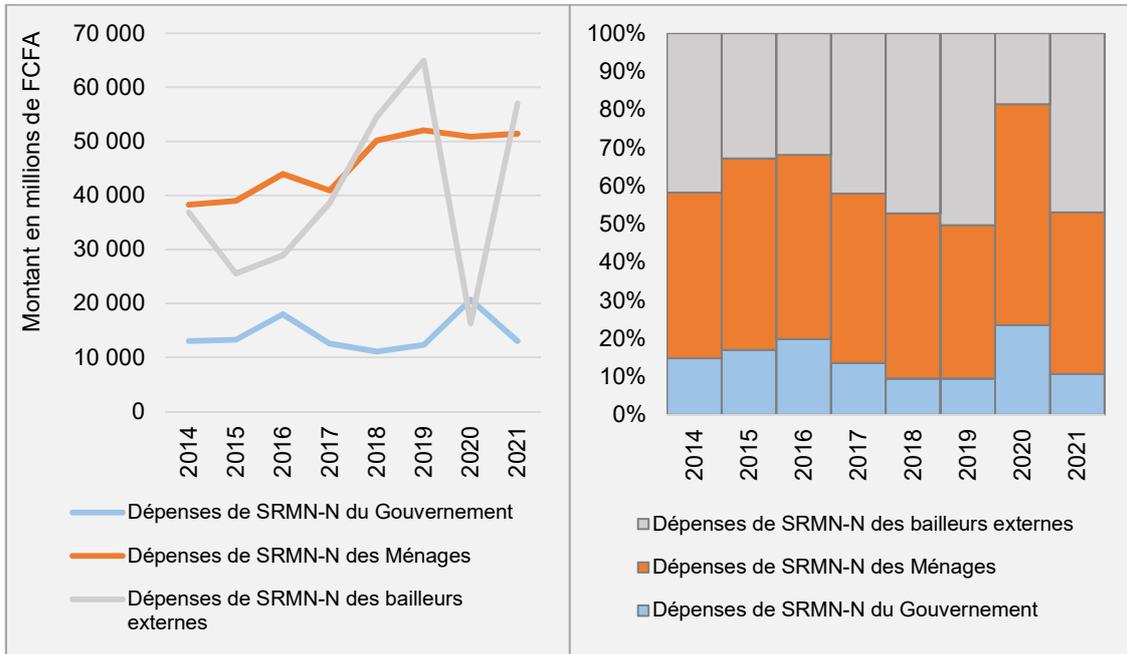
conséquent une situation inchangée quant au niveau des dépenses du gouvernement pour la SRMN-N entre le début et la fin de la période d'analyse (voir **Graphique 7**).

La contribution des ménages aux dépenses de SRMN-N est en moyenne de 46% au cours de la période 2014-2021. En 2014, les dépenses des ménages pour la SRMN-N était de 38 272 millions de FCFA. Ces dépenses se sont accrues jusqu'en 2019 (52 065 millions de FCFA). En 2020 (50 867 millions de FCFA), les dépenses des ménages pour la SRMN-N se sont réduites par rapport à 2019. Elles ont ensuite augmenté en 2021, s'établissant à 51 440 millions de FCFA (voir **Graphique 7**).

La contribution des bailleurs externes aux dépenses de SRMN-N au Sénégal sur la période 2014-2021 est en moyenne de 39%. L'aide à la SRMN-N s'est considérablement accrue entre 2014 et 2019, de 36 837 millions de FCFA à 64 963 millions de FCFA. Mais en 2020, l'aide étrangère pour la SRMN-N a remarquablement diminué par rapport à l'année 2019, représentant 19% des dépenses de SRMN-N en 2020 (voir **Graphique 7**).

L'analyse des sources de financement de la SRMN-N par habitant montre que la contribution des ménages aux dépenses de SRMN-N par habitant est supérieure à celle des bailleurs externes par habitant sur l'ensemble de la période 2014-2021. De plus, l'aide étrangère est plus volatile (coefficient de variation = 39%) que les dépenses des ménages qui sont plus constantes (coefficient de variation = 7%) sur la période (voir **Tableau 5**).

Graphique 7 : Evolution des dépenses de SRMN-N par source de financement de 2014 à 2021



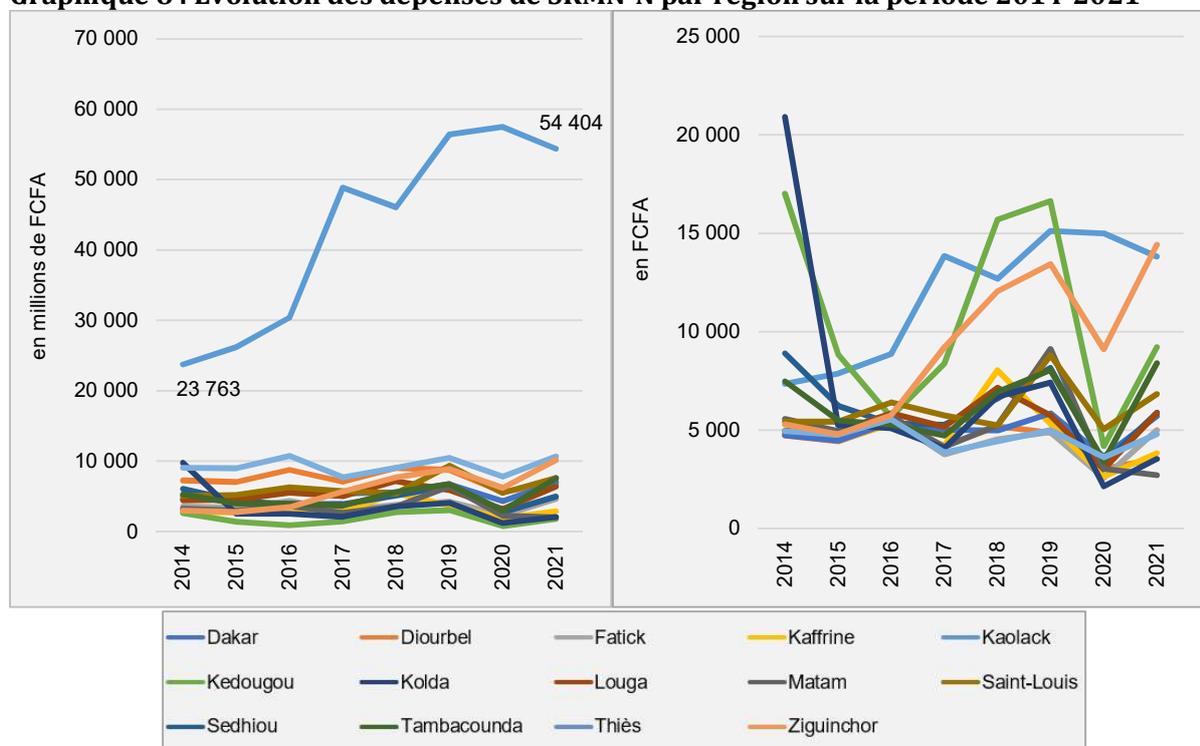
Dépenses de SRMN-N au niveau infranational

Au regard des dépenses de SRMN-N selon les régions, il ressort des analyses que la région de Dakar concentre la plus grande part des dépenses. En 2014, les dépenses de SRMN-N sont évaluées à 23 763 millions de FCFA. Elles se sont ensuite accrues jusqu'en 2021, à 54 404 millions de FCFA. Les régions de Sédhiou (9 789 millions de FCFA) et Thiès (9 101 millions de FCFA) comptent également parmi les régions où les dépenses de SRMN-N sont les plus élevées en 2014, après Dakar. En 2021, la région de Thiès est la deuxième après Dakar, qui concentre le plus les dépenses de SRMN-N estimées à 10 666 millions de FCFA ; vient ensuite Ziguinchor avec 10 188 millions de FCFA. Les résultats montrent que seule Dakar est la région où les dépenses se sont accrues en 2020, malgré la crise de la COVID-19, contrairement aux autres régions. En effet, les dépenses de SRMN-N sont passées de 56 441 millions de FCFA en 2019 à 57 512 millions de FCFA en 2020 dans la région de Dakar (voir **Graphique 8**).

Les dépenses de SRMN-N rapportées au nombre d'habitants par région démontrent une tout autre configuration. En 2014, c'est la région de Sédhiou qui a les dépenses de SRMN-N par habitant les plus élevés, soit 20 912 FCFA par habitant. Kédougou (17 014 FCFA), Kolda (8 900 FCFA), Tambacounda (7 485) et Dakar (7 349 FCFA) viennent à la suite de Sédhiou. Cette

dernière verra ces dépenses se réduire les années suivantes, s'établissant à 3 534 FCA en 2021, soit un recul de 83%. Pour cette année Ziguinchor (14 420 FCFA) et Dakar (13 814 FCFA) sont les régions où les dépenses de SRMN-N par habitant sont les plus élevées. Dans toutes les régions on dénote une baisse des dépenses de SRMN-N par habitant en 2020. Dans la région de Dakar, cette baisse est d'une faible ampleur (15 122 FCFA en 2019 à 14 997 FCFA en 2020, soit 1% de baisse), tandis qu'elle est d'une grande ampleur dans les régions telles que Sédhiou (7419 FCFA en 2019 à 2 418 FCFA en 2020, soit 71% de baisse) (voir **Graphique 8**).

Graphique 8 : Evolution des dépenses de SRMN-N par région sur la période 2014-2021



Au Sénégal, les ménages et les bailleurs externes sont les plus gros contributeurs aux dépenses de SRMN-N par habitant sur la période 2014-2021. La région de Kédougou est celle où l'aide étrangère contribue en grande partie aux dépenses de SRMN-N par habitant sur la période 2014-2021, sauf en 2016 et en 2020 où ce sont les ménages qui contribuent le plus. Dakar est la région où les dépenses de SRMN-N par habitant sont largement supportées par les ménages. Le constat est quasiment le même dans la région de Ziguinchor, sauf en 2018, 2019 et 2021. En moyenne, sur la période 2014-2021, les dépenses de SRMN-N par habitant

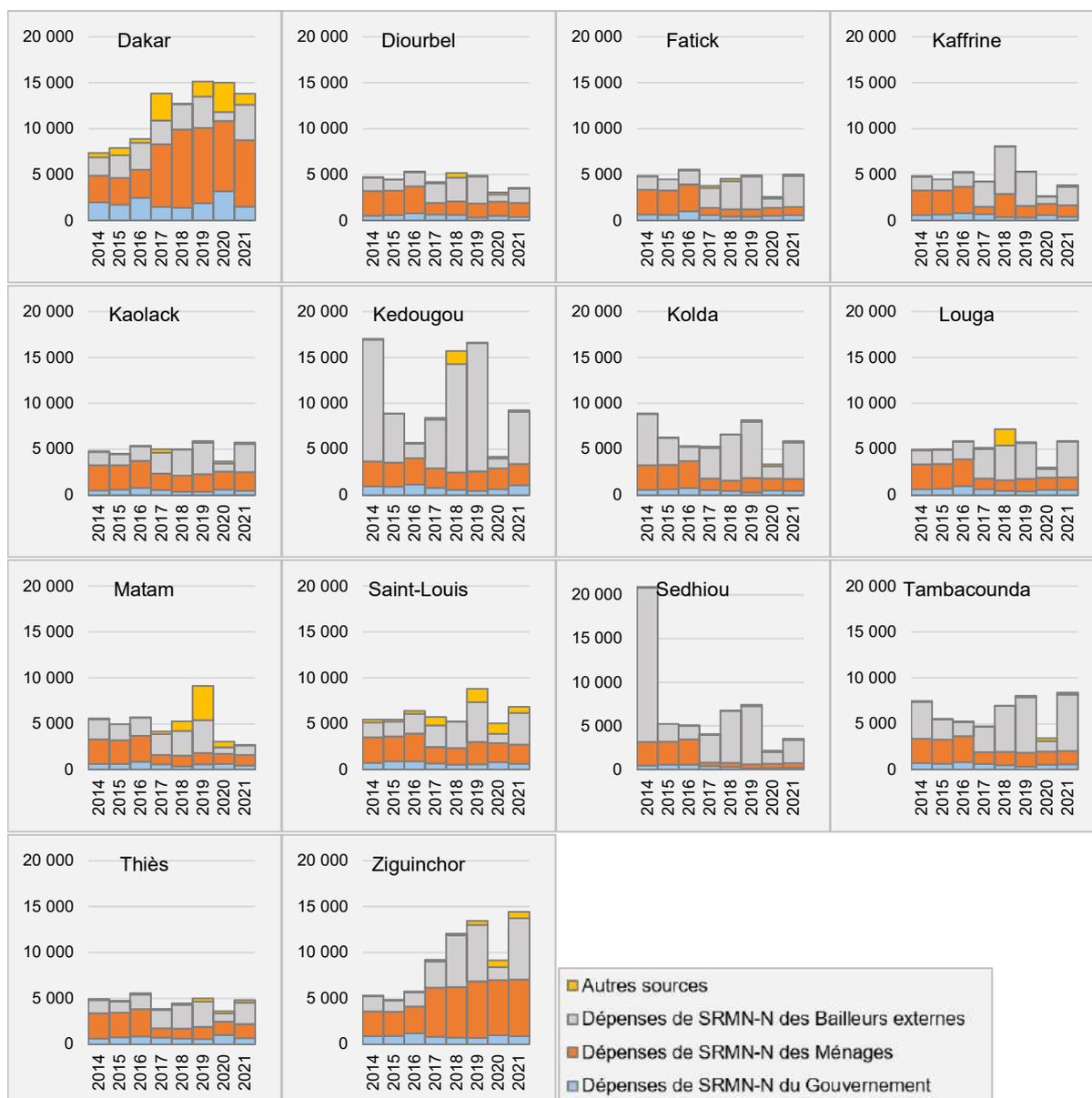
sont de 1 934 FCFA pour le gouvernement, de 5 925 FCFA pour les ménages et de 2 625 FCFA pour les bailleurs externes (voir **Graphique 9**) à Dakar.

Entre 2014 et 2016, les ménages sont les plus gros contributeurs des dépenses de SRMN-N par habitant dans plusieurs régions telles que Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack, Louga, Matam. A partir de 2017, ce sont les bailleurs externes qui deviennent les plus gros contributeurs dans ces régions. A Kédougou et à Sédhiou, on note les plus fortes contributions des bailleurs externes : en 2014 (13 292 FCFA), 2018 (11 803 FCFA) et 2019 (13 999 FCFA) pour Kédougou, et en 2014 (17 671 FCFA) pour Sédhiou.

Par ailleurs, le montant des dépenses de SRMN-N par habitant du gouvernement est le plus faible dans la région de Sédhiou avec une moyenne de 369 FCFA par an, sur la période 2014-2021 (voir **Tableau 6**). Kédougou est la deuxième région après Dakar, où sont concentrées les dépenses du gouvernement pour la SRMN-N.

Considérant les composantes de la SRMN-N, on note que les dépenses de santé de reproduction, maternelle et néonatale concentrent la majeure partie des dépenses de SRMN-N par habitant dans l'ensemble des régions du Sénégal, à l'exception de Ziguinchor où de 2017 à 2021, la nutrition occupe la grande part des dépenses de SRMN-N par habitant (voir **Graphique 17**).

Graphique 9 : Dépenses de SRMN-N par région et par source de financement (en FCFA)



3.3 Le financement externe de la SRMN-N

L'analyse approfondie du financement externe de la SRMN a été réalisée par le classeur Muskoka2 (M2) qui ne tient pas compte du secteur de la santé de nutrition. La comparaison graphique entre les dépenses des bailleurs externes estimées par l'algorithme Muskoka2 et les comptes nationaux de la santé (CNS) montre une allure presque similaire entre les deux estimations pour la santé de reproduction, maternelle et néonatale (SRMN). En revanche,

Muskoka2 surévalue l'aide annuelle des bailleurs externes pour la SRMN-N au Sénégal par rapport aux comptes nationaux de la santé, sauf pour les années 2018 (M2 = 35 898 millions de FCFA et CNS = 37 140 millions de FCFA) et 2019 (M2 = 36 641 millions de FCFA et CNS = 56 693 millions de FCFA) (voir **Graphique 18** en annexe). La variation relative entre l'aide à la SRMN par Muskoka2 et l'aide à la SRMN par les comptes nationaux de la santé est en moyenne de 11% par an sur la période 2014-2021.

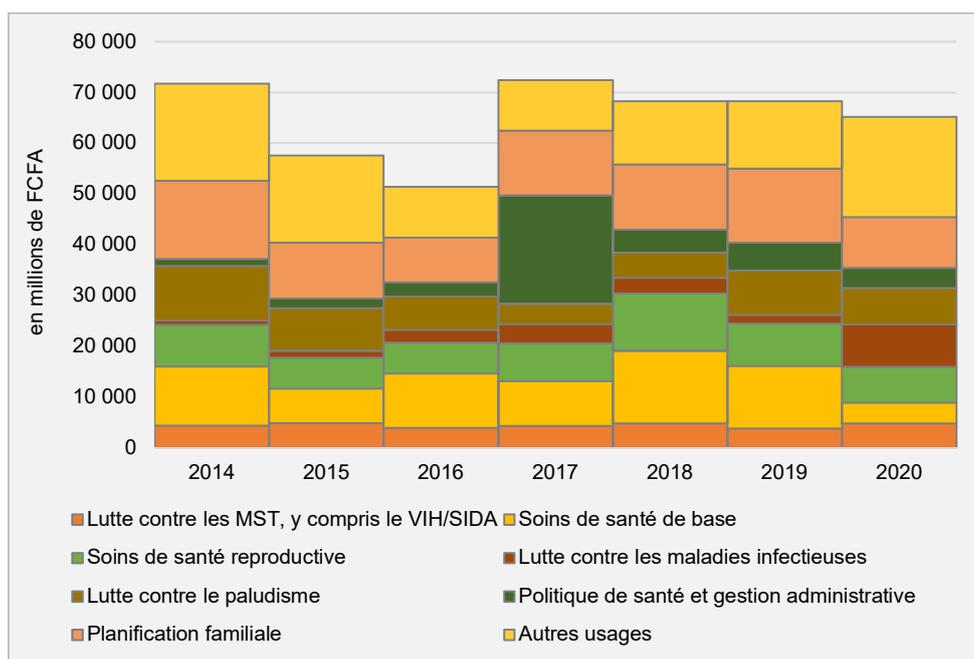
Le **Graphique 19** en annexe, montre l'évolution des contributions des bailleurs externes pour la santé de reproduction, maternelle et néonatale (SRMN) et pour la santé de reproduction, néonatale, maternelle et infantile (SRMNI). Il ressort de ce graphique que la SRMN concentre en moyenne 53% de l'aide étrangère à la SRMNI sur la période 2014-2020 ; ce qui par déduction révèle que la santé infantile compte pour 47% de l'aide étrangère à la SRMNI sur cette période.

L'étude détaillée de l'usage de l'aide étrangère à la SRMN par l'algorithme Muskoka2 permet de noter que sur la période 2014-2020, la planification familiale (Moyenne = 12 186 millions de FCFA), les soins de santé de base (Moyenne = 9 806 millions de FCFA), les soins de santé reproductive (Moyenne = 7 810 millions de FCFA) sont les types de soins les plus financés par les bailleurs externes. Dans une moindre mesure, les bailleurs externes ont financé la lutte contre les maladies infectieuses (Moyenne = 3 102 millions de FCFA) entre 2014 et 2020 (voir **Tableau 7** en annexe).

D'une part, on observe une tendance à la baisse pour les dépenses des bailleurs externes entre 2014 et 2019 pour la planification familiale (15 439 millions de FCFA en 2014 et 14 577 millions de FCFA en 2019), la lutte contre le paludisme (10 786 millions de FCA en 2014 et 8 714 millions de FCFA en 2019). Avant de noter une baisse de l'apport des bailleurs externes pour ces usages en 2020. D'autre part, l'aide étrangère pour les soins de santé de base, pour la lutte contre les maladies infectieuses est passée respectivement de 11 600 millions de FCFA et 765 millions de FCFA en 2014, à 12 276 millions de FCFA et 1 730 millions de FCFA (voir **Graphique 10**).

Malgré la baisse notée de l'aide étrangère entre 2019 et 2020 pour certains usages de la SRMN, on observe une augmentation de l'aide en 2020 par rapport à 2019, pour la lutte contre les maladies infectieuses (8 337 millions de FCFA) et pour la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA (3 833 millions de FCFA en 2019 et 4 805 millions de FCFA en 2020) (voir **Graphique 10**).

Graphique 10 : Les usages de l'aide à la SRMN entre 2014 et 2021

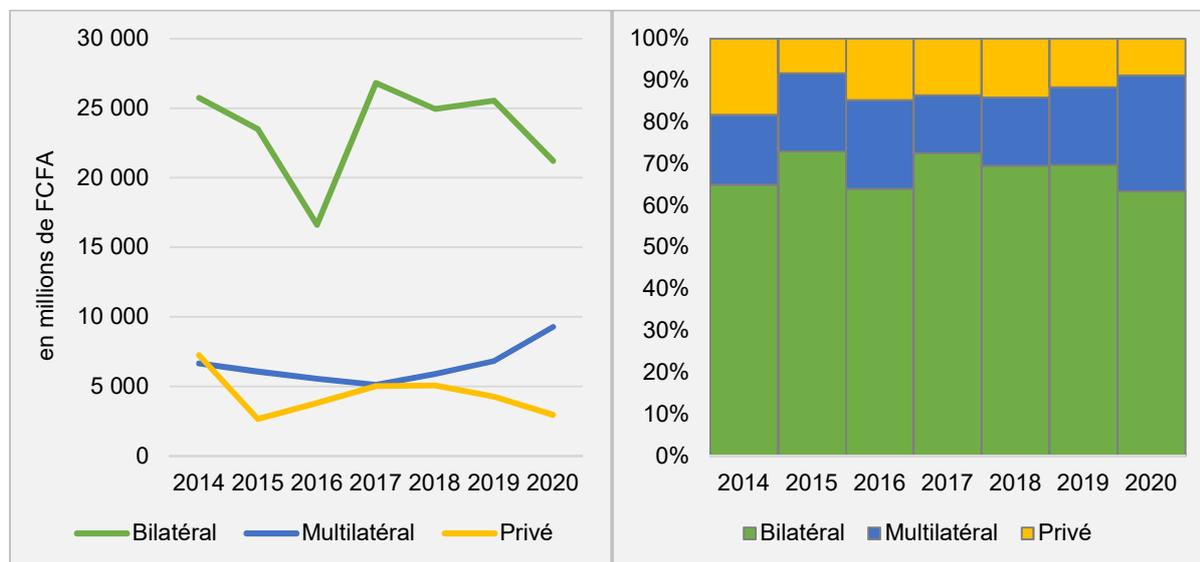


Les premiers partenaires du Sénégal pour l'aide à la SRMN sont les donateurs bilatéraux, qui contribuent annuellement en moyenne à 68% des dépenses des bailleurs externes à la SRMN entre 2014 et 2020. Viennent ensuite les donateurs multilatéraux puis les donateurs privés, contribuant respectivement à 19% et 13% en moyenne des dépenses des bailleurs externes à la SRMN. Toutefois, le graphique montre que les aides à la SRMN des partenaires bilatéraux et privés ont une tendance baissière sur la période, à l'opposé de l'aide des partenaires multilatéraux qui connaît une tendance haussière de 2017 à 2020 (voir **Graphique 11**).

En effet, en 2014, l'aide multilatérale à la SRMN est de 6 655 millions de FCFA, puis est passée à 9 277 millions de FCFA en 2020. L'aide bilatérale à la SRMN, quant à elle, est passée de 25 757 millions de FCFA en 2014 à 21 220 millions de FCFA en 2020. L'aide à la SRMN des

donateurs privés est de même passée de 7 244 millions de FCFA en 2014 à 2 945 millions de FCFA en 2020 (voir **Graphique 11**).

Graphique 11 : Evolution de l'aide à la SRMN selon la nature des donateurs



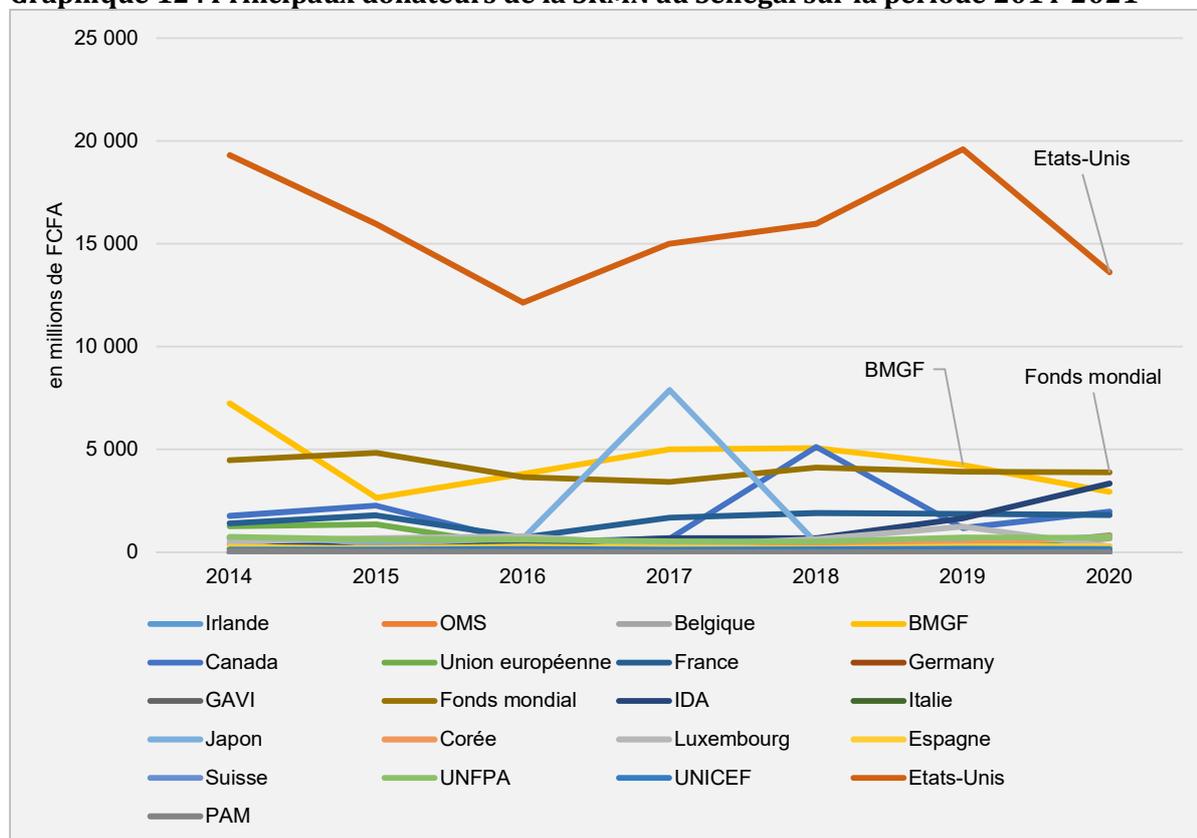
Les trois principaux donateurs du Sénégal pour la SRMN sur la période 2014-2021 sont les Etats-Unis, qui est le plus grand donateur, la fondation Bill et Melinda Gates, le Fonds mondial. Le financement à la SRMN apporté par les Etats-Unis est estimé à 19 315 millions de FCFA en 2014, puis a connu une baisse jusqu'en 2016, où il est estimé à 12 140 millions de FCFA. De 2017 à 2019, on note une amélioration du niveau de l'aide apportée par les Etats-Unis pour une valeur de 19 543 millions de FCFA, soit une hausse de 61%. Toutefois, entre 2019 et 2020, l'aide des Etats-Unis s'est réduite de 31%, égalant 13 610 millions de FCFA en 2020 (voir **Graphique 12**).

En 2014, l'aide à la SRMN apportée par la Fonds mondial 4 483 millions de FCFA. Le niveau de cette aide a légèrement grimpé à 4 833 millions de FCFA en 2015, avant de commencer à décroître jusqu'en 2017. En 2020, l'aide du Fonds mondial pour la SRMN est estimée à 3 892 millions de FCFA, soit 3 fois moins que celle des Etats-Unis (voir **Graphique 12**).

En ce qui concerne la fondation Bill & Melinda Gates, l'aide à la SRMN vaut 7 244 millions de FCFA en 2014. Elle s'est ensuite réduite en 2015 à 2 654 millions de FCFA. Puis a connu une hausse jusqu'en 2017. A partir de 2017, l'aide à la SRMN apportée par la fondation connaît

une baisse régulière. En 2020, cette aide est évaluée à 2 945 millions de FCFA, 6 fois inférieure à la contribution des Etats-Unis (voir **Graphique 12**).

Graphique 12 : Principaux donateurs de la SRMN au Sénégal sur la période 2014-2021



Note : Ce graphique montre l'évolution des 21 donateurs qui ont régulièrement reporté leurs décaissements à l'endroit du Sénégal sur la période 2014-2020.

- OMS : Organisation mondiale de la santé
- BMGF : Fondation Bill et Melinda Gates
- GAVI : Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation
- IDA : Association internationale de développement
- UNFPA : Fonds des Nations unies pour la population
- UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance
- PAM : Programme alimentaire mondiale

4 Etude de l'équité dans le financement de la SRMN-N au Sénégal

4.1 Les inégalités dans le financement de la SRMN-N au Sénégal

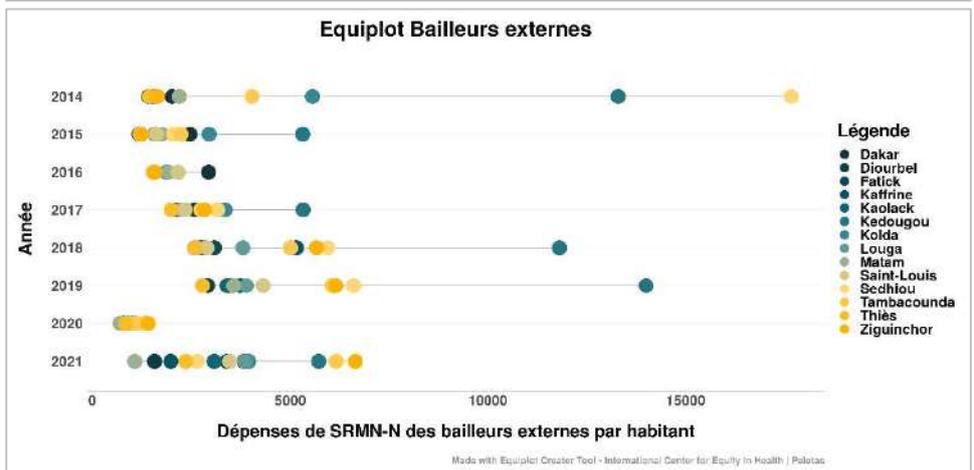
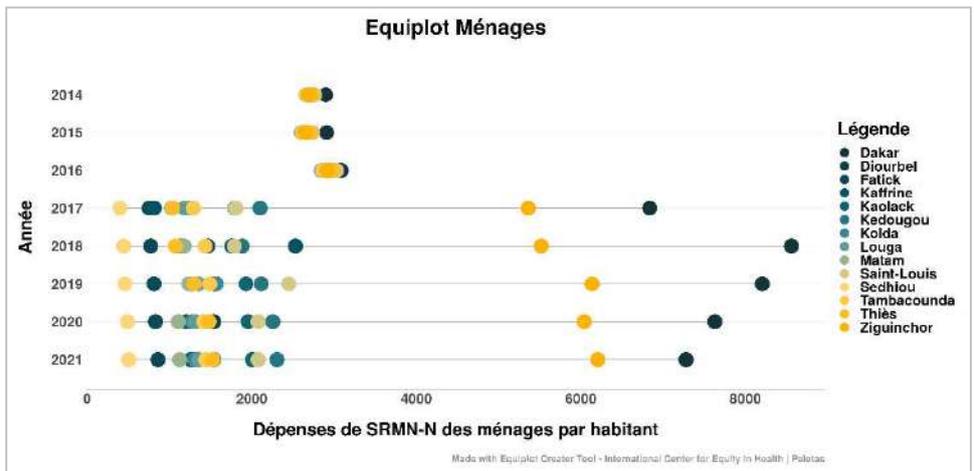
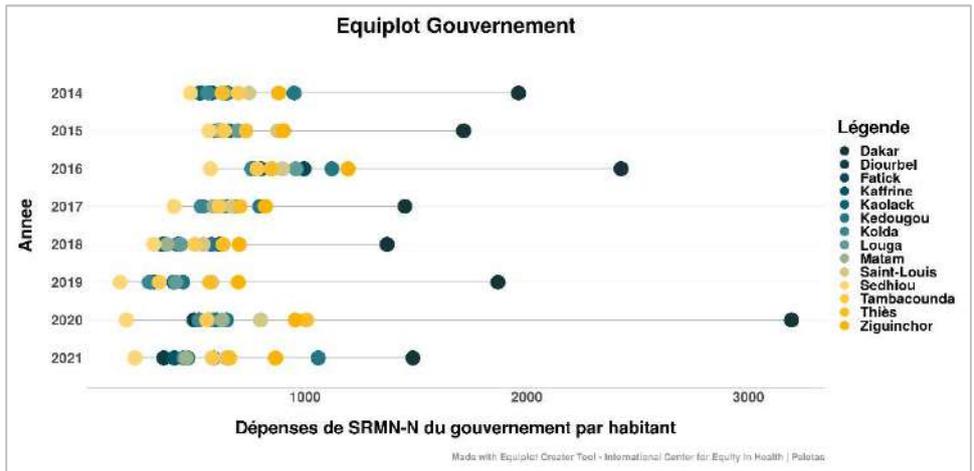
L'analyse de la distribution des dépenses du gouvernement pour la SRMN-N par habitant montre moins de disparités entre les régions en 2014, à l'exception de la région de Dakar qui a une valeur extrême par rapport aux autres régions, qu'en 2021 où l'on note des écarts entre

régions. Cela démontre l'existence d'une répartition inégale des dépenses du gouvernement à travers les régions (voir **Graphique 13**).

S'agissant des ménages, on a une répartition quasi égale dans la répartition de leurs dépenses par habitant pour la SRMN-N au travers les régions en 2014, 2015, 2016. On observe une augmentation des dépenses des ménages par habitant pour la SRMN en 2016 par rapport aux années précédentes. De 2017 à 2021, des inégalités dans la distribution des dépenses des ménages par habitant pour la SRMN-N se font remarquer, avec la création de deux groupes de régions : un premier groupe constitué des régions où les dépenses par habitant de SRMN-N des ménages sont inférieures à 2 500 FCFA (Sédhiou, Matam, Tambacounda, Thiès, Diourbel...), puis un second groupe constitué des régions où les dépenses par habitant des ménages sont supérieures à 5 500 FCFA. Ce deuxième groupe est exclusivement composé de deux régions, notamment Dakar et Ziguinchor. De part et d'autre, des disparités dans la distribution de la contribution des ménages existent au sein de chaque groupe. Elles sont plus fortes dans le deuxième groupe composé de Dakar et Ziguinchor (voir **Graphique 13**).

La distribution des dépenses des bailleurs externes pour la SRMN-N à travers les régions du Sénégal présente également quelques disparités. En 2014, les inégalités dans le niveau du financement externe de la SRMN-N sont plus accentuées que dans les années suivantes. De 2015 à 2017, on note une répartition plus ou moins égale des dépenses par habitant des bailleurs externes parmi les régions du pays. Cependant, en 2020, on note une distribution quasi égale de l'aide à la SRMN-N parmi les régions du Sénégal. En 2021, les écarts dans la distribution sont à nouveau observés, mais de moindre amplitude qu'en 2014 (voir **Graphique 13**).

Graphique 13 : Distribution annuelle des dépenses de SRMN-N par habitant selon la région



4.2 Etude de la concentration des dépenses de SRMN-N selon les régions

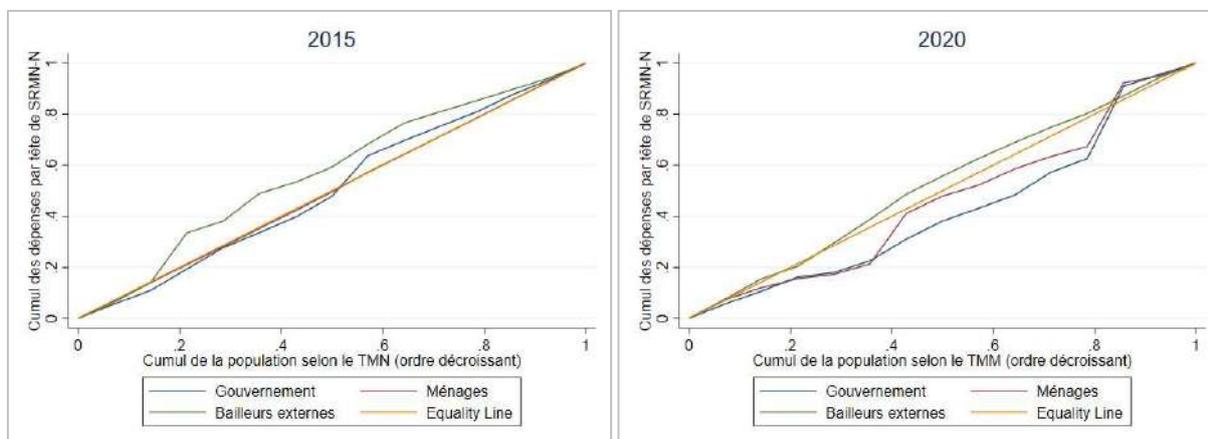
Nous avons évalué l'équité des dépenses de SRMN-N en fonction des taux de mortalité maternelle (TMM) et de mortalité néonatale (TMN).

Considérant le taux de mortalité maternelle, les courbes de concentration indiquent que la répartition des dépenses par habitant des ménages pour la SRMN-N est égale entre les régions, car confondue à la ligne d'égalité, en 2015. Cependant, en 2020, la courbe de concentration des ménages est en dessous de la ligne d'égalité, ce qui traduit une concentration des dépenses des ménages parmi les régions à faibles taux de mortalité maternelle, donc à faibles besoins comparativement aux autres. En outre, le **Graphique 14** montre qu'en 2020, 80% des régions à taux de mortalité maternelle les plus élevés reçoivent 66% des dépenses de SRMN-N par habitant des ménages. Les résultats du **Tableau 8** en annexe confirme l'analyse graphique, l'indice de concentration (IC) est positif et vaut 0,006 en 2015 ; 0,084 en 2020 n'étant pas significativement différent de zéro au seuil de 5%.

La courbe de concentration des dépenses de SRMN-N par habitant du gouvernement se confond presque à la ligne d'égalité en 2015, mais cette courbe reste inférieure à la ligne d'égalité pour les régions qui comptent parmi les 20% à 60% des régions à taux de mortalité maternelle élevés. En 2020, la courbe de concentration des dépenses du gouvernement est inférieure et plus distante de la ligne d'égalité qu'en 2015 : la distribution des dépenses de SRMN-N par habitant du gouvernement est devenue plus inéquitable en 2020. En effet, 80% des régions à taux de mortalité les plus élevés reçoivent 80% des dépenses de SRMN-N par habitant du gouvernement en 2015, mais reçoivent 62% de ces dépenses en 2020 (voir **Graphique 14**). Les indices de concentration, voir **Tableau 8** en annexe, valent 0,040 en 2015 et 0,157 en 2020.

La courbe de concentration des dépenses de SRMN-N par habitant des bailleurs externes est supérieure à la ligne d'égalité en 2015 et en 2020 (étant plus proche de la ligne d'égalité en 2020 qu'en 2015). Les résultats montrent ainsi une distribution proportionnelle de l'aide étrangère pour la SRMN-N en fonction des besoins de santé maternelle au Sénégal. En 2015 (IC = -0,203), 80% des régions dont les taux de mortalité maternelle sont les plus élevés, reçoivent 88% des dépenses de SRMN-N par habitant des bailleurs. En 2020 (IC = -0,049), cette proportion allouée est de 81%, démontrant une allocation proche d'une situation égalitaire entre les régions pour cette année (voir **Graphique 14**).

Graphique 14 : Courbes de concentration des dépenses de SRMN-N selon le taux de mortalité maternelle en 2015 et en 2020



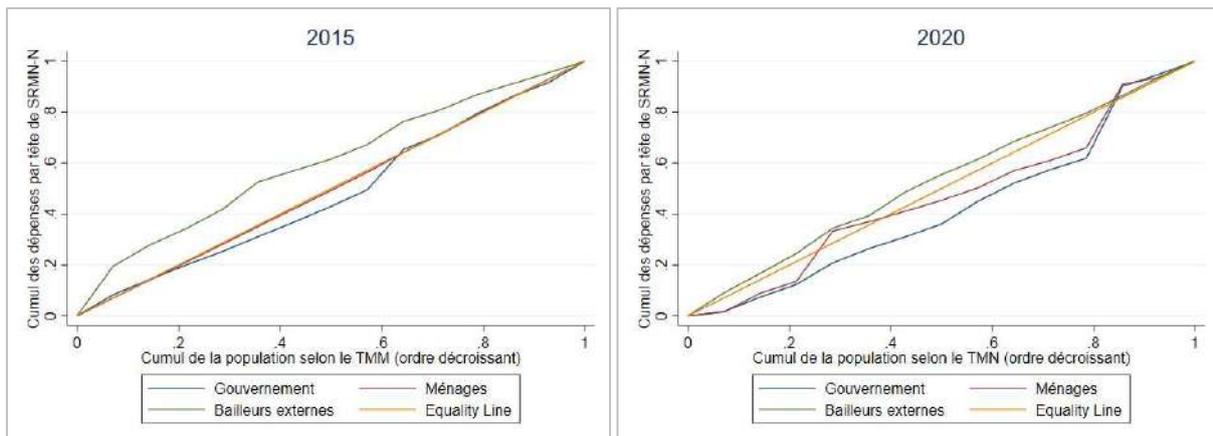
En prenant en compte du taux de mortalité néonatale comme indicateur des besoins en santé des régions, l'analyse des courbes de concentration révèle que la répartition des dépenses par habitant des ménages pour la SRMN-N est égalitaire, car confondue à la ligne d'égalité, en 2015, tout comme avec le taux de mortalité maternelle. En 2020, la courbe de concentration des ménages est en dessous de la ligne d'égalité : la contribution des ménages aux dépenses de SRMN-N est inéquitable entre les régions du pays. Le **Graphique 15** montre qu'en 2020, 80% des régions à taux de mortalité néonatale les plus élevés reçoivent 62% des dépenses de SRMN-N par habitant des ménages. En 2015, IC = 0,004, mais en 2020, IC = 0,072 sans être significatif au seuil de 5% (voir **Tableau 9** en annexe).

La courbe de concentration des dépenses de SRMN-N par habitant du gouvernement se confond presque à la ligne d'égalité en 2015, mais cette courbe est supérieure à la ligne d'égalité pour les régions qui comptent parmi les 50% des régions à taux de mortalité néonatale les plus faibles au Sénégal. En 2020, la courbe de concentration des dépenses du gouvernement est nettement inférieure et plus distante de la ligne d'égalité qu'en 2015 : la distribution des dépenses de SRMN-N par habitant du gouvernement peut être alors considérée comme inéquitable en 2020. En effet, 80% des régions à taux de mortalité néonatale les plus élevés reçoivent 81% des dépenses de SRMN-N par habitant du gouvernement en 2015, mais reçoivent 61% de ces dépenses en 2020 (voir **Graphique 15**). Les indices de concentration estimés confirment l'analyse graphique ; en 2015 IC = -0.008

mais n'est pas significativement différent de zéro au seuil de 5%, mais IC = 0,161 et est significatif (voir **Tableau 9** en annexe).

La courbe de concentration des dépenses de SRMN-N par habitant des bailleurs externes est supérieure à la ligne d'égalité en 2015 et en 2020 (voir **Graphique 15**). Pareillement que pour le taux de mortalité maternelle, la courbe de concentration des dépenses des bailleurs externes est plus proche de la ligne d'égalité en 2020 qu'en 2015. On peut conclure à une allocation proportionnelle de l'aide étrangère pour la SRMN-N en fonction des besoins de santé néonatale au Sénégal. En 2015 (IC = -0.141), 80% des régions dont les taux de mortalité maternelle sont les plus élevés, reçoivent 86% des dépenses de SRMN-N par habitant des bailleurs. En 2020 (IC= -0.060), cette proportion allouée est de 80%, traduisant une distribution égalitaire de l'aide entre les régions du pays.

Graphique 15 : Courbes de concentration des dépenses de SRMN-N selon le taux de mortalité néonatale en 2015 et en 2020



5 Efficacité des dépenses de SRMN-N au Sénégal

L'étude d'efficacité révèle que le score d'efficacité moyen était de 48% en 2015, ce qui indique que 48% des ressources financières ont été utilisées de manière optimale en moyenne pour atteindre les résultats de l'utilisation des services, mais que 52% des ressources ont été soit gaspillées, soit sous-utilisées, soit mal allouées. Trois régions sont trouvées totalement efficaces en 2015 : Dakar, Diourbel et Thiès ont obtenu un score d'efficacité de 100%. Toutefois, Dakar utilise plus de ressources que Diourbel et Thiès pour atteindre son niveau

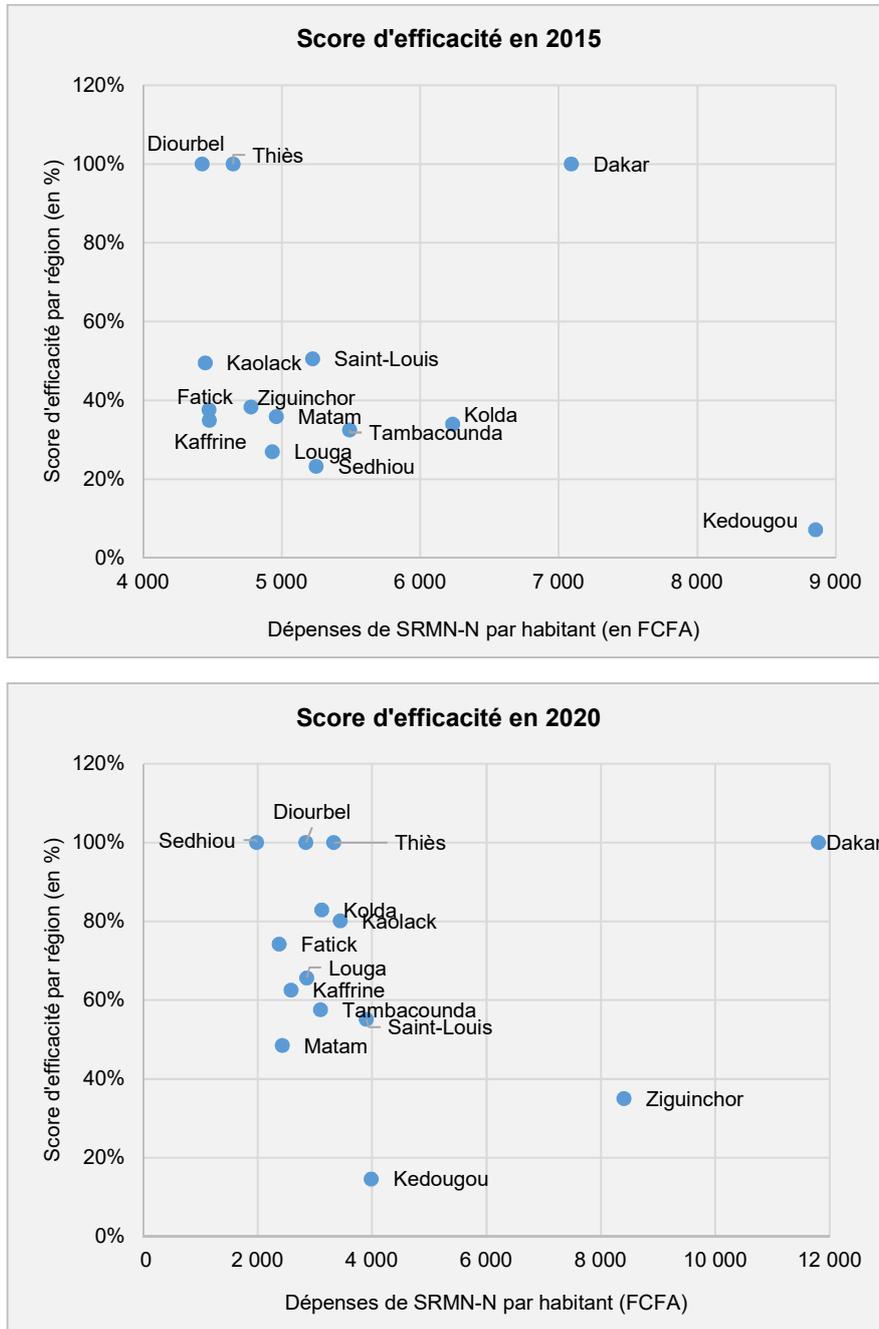
d'efficacité. Kédougou est la région où les dépenses du SRMN-N sont les moins efficaces, avec un score d'efficacité de 7%. Ce qui signifie que 93% des ressources n'ont pas été optimales dans cette région. Les autres régions se situent entre 20% et 50% d'efficacité (voir **Graphique 16**).

En 2020, on observe une amélioration du score d'efficacité pour l'ensemble des régions. Dakar, Diourbel, Thiès maintiennent leur niveau d'efficacité à 100%. Sédhiou qui comptait parmi les régions les moins efficaces en 2015, est désormais en 2020 parmi les régions efficaces (score d'efficacité égale à 100%). La région de Sédhiou a un score moyen de 49% sur la période 2015-2020 ; par conséquent 51% des ressources n'ont pas été optimalement allouées (voir **Graphique 16**).

Le niveau d'efficacité de la région de Kédougou s'est amélioré entre 2015 et 2020, où le score d'efficacité est de 15%. Ziguinchor a, en revanche, perdu en termes d'efficacité, passant de 38% en 2015, à 35% en 2020. Cette région a un score moyen de 31% sur la période 2015-2020, autrement dit 69% des ressources allouées ont été gaspillées, sous-utilisées, ou mal allouées (voir **Graphique 16**).

Les autres régions se situent entre un score d'efficacité qui varie entre 48% et 83%. De 2015 à 2020, il faut préciser qu'une amélioration continue du niveau d'efficacité est remarquable pour des régions telles que Fatick (38% en 2015, 54% en 2018 et 74% en 2020), Kaffrine (35% en 2015, 65% en 2018, mais 63% en 2020) (voir tableau en **Tableau 10**).

Graphique 16 : Score d'efficacité des dépenses de SRMN-N par habitant selon la région



6 Conclusion

Entre 2014 et 2021, les dépenses nationales de santé au Sénégal ont augmenté de manière significative, les ménages représentant 56% des dépenses totales de santé. Le gouvernement a contribué à hauteur de 22% à ces dépenses, tandis que 6% des dépenses totales du

gouvernement ont été allouées aux dépenses de santé. Des inégalités ont été observées dans le niveau des dépenses de santé par habitant entre les régions, Ziguinchor (70 444 FCFA), Kédougou (40 456 FCFA) et Saint-Louis (34 833 FCFA) ayant les niveaux les plus élevés en 2021.

Les dépenses de santé de reproduction, maternelle et néonatale, et de nutrition (SRMN-N) au Sénégal ont également augmenté de manière remarquable entre 2014 et 2021, la santé reproductive, maternelle et néonatale représentant en moyenne 68% des dépenses. Le gouvernement est la source de financement la moins importante du SRMN-N, les ménages et les donateurs externes étant les plus gros contributeurs. En 2021, Ziguinchor et Dakar ont les dépenses de SRMN-N par habitant les plus élevées pour la SRMN-N. Les résultats révèlent que dans le contexte de crise sanitaire de COVID-19, le soutien apporté par les bailleurs externes en 2020 a été faible.

L'approche Muskoka² permet de relever que les principaux partenaires de l'aide à la santé de reproduction, maternelle et néonatale, sont les donateurs bilatéraux ; les États-Unis, la Fondation Bill et Melinda Gates et le Fonds mondial étant les trois principaux donateurs sur la période. En matière d'équité, de 2014 à 2021, les dépenses des bailleurs externes sont mieux réparties proportionnellement aux besoins de santé régionaux que les dépenses des ménages et du gouvernement. Les résultats montrent également qu'en moyenne, 48% des ressources financières engagées dans la SRMN-N ont été utilisées de manière optimale pour les besoins de santé sur la période 2015-2020, avec 52% des ressources soit gaspillées, sous-utilisées, ou mal allouées.

7 Recommandations

De ces analyses, il ressort que des mesures doivent être prise en vue de l'amélioration du système de financement de la santé en général et de la SRMN-N en particulier et de l'atteinte effective d'une couverture universelle sanitaire.

A l'endroit du gouvernement :

- Soutenir davantage le financement de la SRMN-N dans les régions où les besoins de santé (telles que Kédougou, Tambacounda, Sédhiou qui ont les taux de mortalité maternelle et néonatale les plus élevés en 2020) sont les plus importants tout en améliorant le niveau des contributions dans les autres.
- Améliorer le système de suivi, d'évaluation, d'apprentissage et de redevance de la performance des dépenses de SRMN-N dans les régions pour une allocation efficiente des ressources financières.
- Mettre en place un fonds commun de financement de la SRMN-N, en ciblant davantage la contribution de l'Etat afin d'améliorer le financement domestique de la SRMN-N.
- Avec l'appui des bailleurs externes, mettre en place un mécanisme de préparation et de réponse aux urgences sanitaires telles que la COVID-19 afin de garantir les soins de la mère, des enfants et des adolescents.
- Développer des stratégies de résilience socio-économique pour les populations vulnérables par le renforcement des systèmes de protection sociale en rapport avec la SRMN-N.

A l'endroit de la Direction de la planification de la recherche et des statistiques :

- Mettre en place un dispositif de collecte ou de production des données financières au niveau des districts sanitaires.
- Augmenter la fréquence de production et de publication des données financières de santé.
- Renforcer le système de contrôle de la qualité des données financières collectées ou produites.
- Former le personnel de la direction et des services connexes à l'utilisation des données pour l'analyse de l'équité et de l'efficacité des ressources financières de santé.

8 Références bibliographiques

- [1] African Strategies for Health (2016). Profil financement de la santé: Sénégal, Atelier sur la protection financière et l'accès aux soins, organisé à Accra (Ghana) du 15 au 19 février 2016

- [2] Direction de la santé de la mère et de l'enfant (2019). Dossier d'investissement pour la réduction de la mortalité maternelle, néo-natale, infanto-juvénile, des adolescents et des jeunes.
- [3] Dingle A, Schäferhoff M, Borghi J, Lewis Sabin M, Arregoces L, Martinez-Alvarez M, Pitt C. (2020). Estimates of aid for reproductive, maternal, newborn, and child health: findings from application of the Muskoka2 method, 2002-17. *Lancet Glob Health*. 2020 Mar;8(3): e374-e386. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30005-X. Epub 2020 Feb 5. PMID: 32035034; PMCID: PMC7031705.
- [4] Ministère de la Santé et de l'Action sociale (2019). Plan national de développement sanitaire et social 2019-2028
- [5] Pitt C, Bath D, Binyaruka P, et al (2021). Falling aid for reproductive, maternal, newborn and child health in the lead-up to the COVID-19 pandemic, *BMJ Global Health*.

9 Annexes

9.1 Tableaux annexés

Tableau 3 : Dépenses de santé par habitant (en FCFA)

Année	Dépenses courantes de santé par habitant	Dépenses de SRMN-N par habitant
2014	30 857	6 525
2015	32 079	5 638
2016	32 484	6 327
2017	33 281	6 911
2018	36 213	7 639
2019	38 031	8 735
2020	43 481	6 256
2021	40 149	7 508

Tableau 4 : Dépenses de santé du gouvernement rapporté aux dépenses totales du gouvernement

Année	% Dépenses courantes de santé	%Dépenses de SRMN-N
2014	6%	1%
2015	6%	1%
2016	7%	1%
2017	6%	1%
2018	7%	1%
2019	6%	1%
2020	11%	1%
2021	6%	1%

Tableau 5 : Statistique descriptive des dépenses de SRMN-N par habitant (en FCFA)

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	Coefficient de variation
Gouvernement	704	1 239	921	206	22%
Ménages	2,682	3 212	2 944	208	7%
Bailleurs externes	977	4 008	2 585	998	39%

Tableau 6 : Statistique descriptive des dépenses de SRMN-N par habitant selon la région (en FCFA)

Gouvernement				
Région	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Dakar	1 370	3 193	1 934	613
Diourbel	320	778	546	152
Fatick	409	995	602	182
Kaffrine	302	802	549	175
Kaolack	342	777	527	140

Kédougou	450	1 122	813	238
Kolda	298	760	526	138
Louga	418	959	616	169
Matam	380	851	590	137
Saint-Louis	542	899	720	133
Sédhiou	167	574	369	164
Tambacounda	343	786	590	133
Thiès	571	1 006	723	142
Ziguinchor	699	1 195	878	157

Ménages

Région	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Dakar	2 898	8 558	5 925	2 507
Diourbel	1 258	2 919	1 950	675
Fatick	752	2 912	1 533	1 010
Kaffrine	812	2 877	1 908	840
Kaolack	1 755	2 945	2 219	471
Kédougou	1 884	2 909	2 363	349
Kolda	1 141	2 931	1 853	763
Louga	1 177	2 948	1 838	781
Matam	1 023	2 842	1 720	817
Saint-Louis	1 786	3 032	2 341	471
Sédhiou	400	2 890	1 311	1 179
Tambacounda	1 291	2 868	1 903	681
Thiès	1 039	2 983	1 856	812
Ziguinchor	2 644	6 206	4 688	1 635

Bailleurs externes

Région	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
---------------	----------------	----------------	----------------	-------------------

Dakar	983	3 831	2 625	871
Diourbel	807	2 913	1 771	717
Fatick	1 029	3 552	2 178	1 027
Kaffrine	776	5 156	2 323	1 477
Kaolack	906	3 399	2 085	944
Kédougou	1 087	13 999	7 261	5 113
Kolda	1 326	6 108	3 727	1 771
Louga	980	3 896	2 587	1 218
Matam	699	3 569	2 017	898
Saint-Louis	1 020	4 319	2 434	1 083
Sédhiou	1 305	17 671	5 115	5 440
Tambacounda	1 128	6 164	3 611	1 990
Thiès	845	2 782	1 849	693
Ziguinchor	1 233	6 649	3 392	2 353

Tableau 7 : Statistique descriptive des usages de l'aide étrangère à la SRMN de 2014 à 2021

	Minimum	Maximum	Moyenne	Médiane	Ecart-type
Lutte contre les MST, y compris le VIH/SIDA	3 833	4 875	4 427	4 401	391
Soins de santé de base	4 127	14 301	9 806	10 712	3 220
Soins de santé reproductive	6 075	11 266	7 810	7 480	1 655
Lutte contre les maladies infectieuses	765	8 337	3 102	2 521	2 346
Lutte contre le paludisme	3 941	10 786	7 205	7 166	2 159
Politique de santé et gestion administrative	1 339	21 400	5 923	3 994	6 463
Planification familiale	8 797	15 439	12 186	12 690	2 220
Autres usages	9 970	19 778	14 546	13 294	3 811

Tableau 8 : Indices de concentration des dépenses de SRMN-N selon le taux de mortalité maternelle

Gouvernement				
Année	N	Valeur de l'indice	Ecart-type	t statistic
2015	14	0.040	0.060	2.482
2016	14	0.087	0.068	4.805
2017	14	0.031	0.055	2.129
2018	14	0.047	0.076	2.298
2019	14	0.175	0.116	5.661
2020	14	0.157	0.135	4.356
Ménages				
2015	14	0.006	0.004	4.952
2016	14	0.006	0.003	7.051
2017	14	-0.027	0.154	-0.657
2018	14	0.037	0.160	0.859
2019	14	0.106	0.150	2.660
2020	14	0.084	0.148	2.115
Bailleurs externes				
2015	14	-0.203	0.072	-10.642
2016	14	0.057	0.032	6.591
2017	14	-0.097	0.040	-9.127
2018	14	-0.188	0.071	-9.917
2019	14	-0.195	0.073	-10.022
2020	14	-0.049	0.030	-6.032

Note : *En gras, sont les valeurs des indices de concentration significatives au seuil de 5%.*

Tableau 9 : Indices de concentration des dépenses de SRMN-N selon le taux de mortalité néonatale

Gouvernement				
Année	N	Valeur de l'indice	Ecart-type	t statistic
2015	14	-0.008	0.062	-0.517
2016	14	0.063	0.070	3.371
2017	14	-0.002	0.056	-0.123
2018	14	-0.019	0.077	-0.917
2019	14	0.150	0.119	4.719
2020	14	0.161	0.134	4.486
Ménages				
2015	14	0.004	0.005	2.881
2016	14	0.006	0.003	7.498
2017	14	-0.099	0.151	-2.450
2018	14	-0.021	0.160	-0.480
2019	14	0.147	0.147	3.749
2020	14	0.072	0.149	1.809
Bailleurs externes				
2015	14	-0.141	0.083	-6.366
2016	14	0.039	0.034	4.273
2017	14	-0.081	0.042	-7.135
2018	14	-0.162	0.076	-7.921
2019	14	-0.051	0.091	-2.083
2020	14	-0.060	0.029	-7.796

Note : *En gras, sont les valeurs des indices de concentration significatives au seuil de 5%.*

Tableau 10 : Valeur du score d'efficacité des dépenses de SRMN-N sur la période 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dakar	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Diourbel	100%	100%	84%	81%	100%	100%
Fatick	38%	39%	50%	54%	57%	74%
Kaffrine	35%	42%	48%	65%	64%	63%
Kaolack	50%	61%	77%	100%	85%	80%
Kédougou	7%	9%	7%	10%	10%	15%
Kolda	34%	33%	39%	42%	69%	83%
Louga	27%	35%	43%	54%	49%	66%
Matam	36%	31%	31%	38%	23%	48%
Saint-Louis	51%	57%	57%	61%	42%	55%
Sédhiou	23%	27%	44%	45%	53%	100%
Tambacounda	32%	33%	40%	46%	50%	58%
Thiès	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Ziguinchor	38%	41%	24%	26%	23%	35%

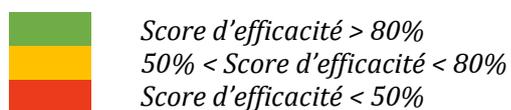


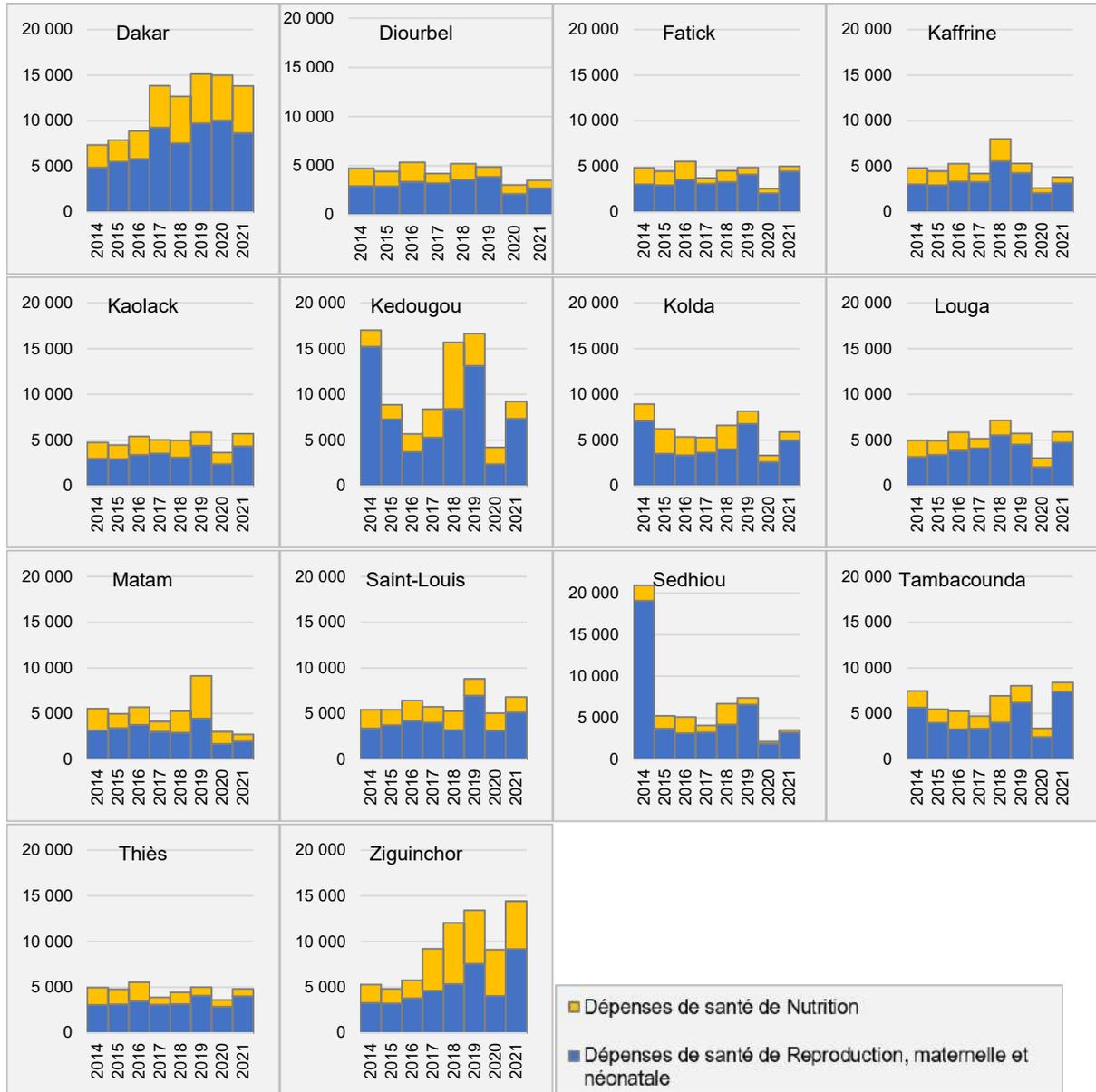
Tableau 11 : Statistique descriptive du score d'efficacité des dépenses de SRMN-N par région sur la période 2015-2020

Région	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Dakar	100%	100%	100%	0%
Diourbel	81%	100%	94%	8%

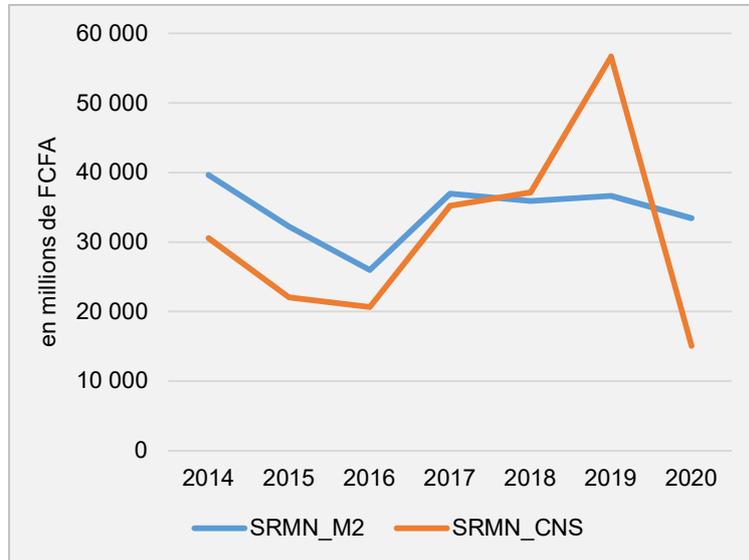
Fatick	38%	74%	52%	12%
Kaffrine	35%	65%	53%	12%
Kaolack	50%	100%	75%	16%
Kédougou	7%	15%	10%	2%
Kolda	33%	83%	50%	19%
Louga	27%	66%	46%	13%
Matam	23%	48%	35%	8%
Saint-Louis	42%	61%	54%	6%
Sédhiou	23%	100%	49%	25%
Tambacounda	32%	58%	43%	9%
Thiès	100%	100%	100%	0%
Ziguinchor	23%	41%	31%	7%

9.2 Graphiques annexés

Graphique 17 : Dépenses de SRMN-N par habitant selon la région et par composante (en FCFA)



Graphique 18 : Comparaison des dépenses de SRMN estimées par les Comptes nationaux de la santé et l'approche Muskoka2



Graphique 19 : Dépenses des bailleurs externes de santé de reproduction, maternelle, néonatale et infantile estimées par l'algorithme Muskoka2

