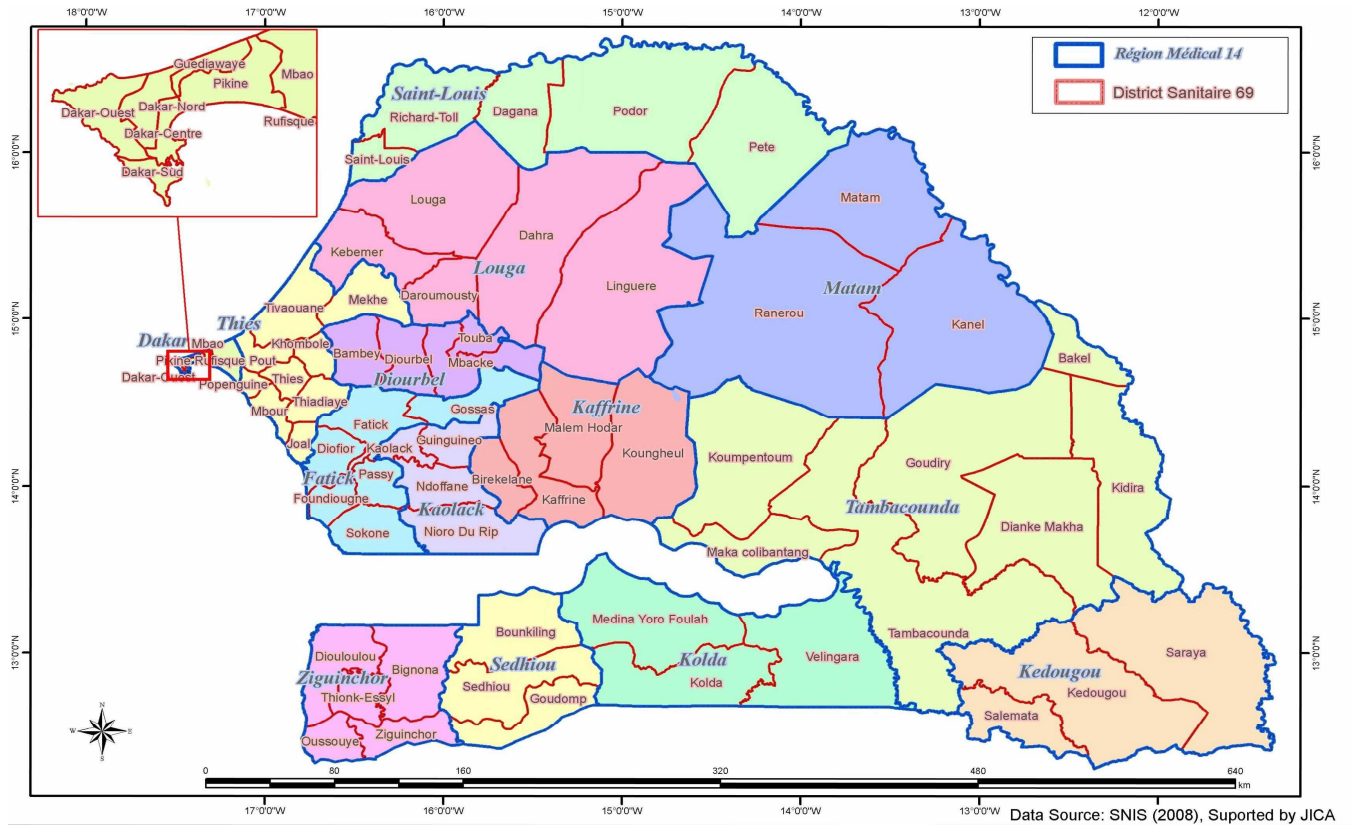


REPUBLIQUE DU SENEGAL



MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION



PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

PNDS 2009-2018

janvier 2009

Préface

Le Sénégal, à l'instar des pays de l'Afrique subsaharienne, fait face au double fardeau des maladies transmissibles et des maladies chroniques souvent à soins coûteux. Les conséquences difficiles de cette situation socio sanitaire sont encore plus accentuées chez les groupes vulnérables.

Des progrès importants ont été réalisés dans le cadre de la lutte contre certaines endémies majeures, notamment le paludisme et le SIDA. Dans le cadre de la prévention des maladies, les performances du Programme Elargi de Vaccination ont permis d'améliorer la santé des enfants. Mais la mortalité infanto juvénile et la mortalité maternelle demeurent à des niveaux encore élevés. Notre politique de santé s'oriente vers la résolution de ce gap important pour réaliser les ambitions affichées par notre pays et relever le défi des Objectifs du Millénaire pour le Développement auxquels le Sénégal a souscrit dès leur adoption en 2000.

Le présent Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvre la période 2009-2018. Il s'inscrit dans la perspective de l'accélération de la mise en œuvre des différents programmes de prévention et d'offres de services de santé. Son objectif est de contribuer à l'atteinte des objectifs du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Ce Plan a été élaboré selon une approche participative avec une implication de tous les acteurs du secteur : les professionnels de la santé, les secteurs partenaires de la santé, la société civile, le secteur privé, les collectivités locales et les partenaires au développement. Il se propose de trouver des solutions aux différents problèmes du secteur par le renforcement du système de santé, l'accroissement de l'accès à des soins de qualité, une réelle promotion de la santé et la promotion d'une bonne approche multisectorielle pour la prévention des maladies.

Ce PNDS s'inscrit dans l'atteinte des objectifs assignés au secteur par l'accélération des stratégies, le renforcement et la modernisation de l'offre de service à la lumière des expériences capitalisées dans le précédent PNDS. Il permettra d'inverser la tendance prévalente des maladies transmissibles et chroniques, de réduire le risque de décès maternel, d'assurer la survie des enfants, de renforcer et de moderniser l'infrastructure sanitaire ainsi que la performance du secteur par la promotion de la gestion axée sur les résultats.

Le PNDS 2009-2018 est le document de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur de la santé. Je les engage donc, ainsi que tous les partenaires à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre performante.

Son Excellence Maître Abdoulaye WADE
Président de la République

Tables des matières

Préface

Table des matières

Sigles et abréviations

Introduction

1. Généralités sur le Sénégal
2. Contexte et bilan du PNDS 1998-2007
 - 2.1. Politique de santé
 - 2.2. Cadre de planification
 - 2.3. Système de santé
 - 2.4. Santé et Décentralisation
 - 2.5. Performances du secteur
 - 2.6. Leçons apprises du PNDS 1998-2007
- 3 Enjeux et défis
- 4 Vision et objectifs sectoriels
 - 4.1 Vision
 - 4.2 Objectifs Sectoriels
- 5 Orientations stratégiques
 - 5.1 Accélération de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et Infanto juvéniles
 - 5.2 Amélioration de la promotion de la santé
 - 5.3 Renforcement de la prise en charge de la maladie
 - 5.4 Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
 - 5.5 Développement des ressources humaines
 - 5.6 Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
 - 5.7 Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux
 - 5.8 Renforcement du système d'information et de la recherche en santé
 - 5.9 Promotion de la gestion axée sur les résultats
 - 5.10 Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière
 - 5.11 Renforcement de la couverture du risque maladie avec un accent sur les groupes vulnérables
- 6 Cadre de mise en œuvre
 - 6.1 Cadre institutionnel
 - 6.2 Système de Planification
 - 6.3 Mécanisme de Coordination
 - 6.4 Suivi et Evaluation
 - 6.5 Procédures administratives et financières
- 7 Financement du plan

Conclusions

Annexes

Sigles et abréviations

| | |
|--------|---|
| ANSD | Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie |
| CDMT | Cadre de Dépense à Moyen Terme |
| CDSMT | Cadre de Dépense Sectorielle à Moyen Terme |
| CEDEAO | Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CIS | Comité Interne de Suivi |
| CRFS | Centres régionaux de formation en santé |
| DPS | Direction de la Prévision et de la Statistique |
| DRH | Direction des Ressources Humaines |
| DSRP | Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté |
| EDS | Enquête Démographique et de Santé |
| ENDSS | Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social |
| ESPS | Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal |
| EPS | Etablissement public de Santé |
| ESPS | Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal |
| FAR | Femme en Age de Reproduction (15-49 ans) |
| GOANA | Grande Offensive Agricole pour la Nourriture et l'Abondance |
| LNCM | Laboratoire National de Contrôle des Médicaments |
| MCS | Mission Conjointe e Supervision |
| MEF | Ministère chargé de l'Economie et des Finances |
| MSP | Ministère de la Santé et de la Prévention |
| MTN | Maladies Tropicales Négligées |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisations non gouvernementales |
| OOAS | Organisation Ouest Africaine de la Santé |
| PCIME | Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant |
| PDIS | Programme de Développement Intégré de la Santé |
| PEV | Programme Elargi de Vaccination |
| PNA | Pharmacie Nationale d'Approvisionnement |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire |
| POCL | Plans Opérationnels des Collectivités Locales |
| PPP | Partenariat Public Privé |
| PPTE | Pays Pauvres Très Endettés |
| PTA | Plan de Travail Annuel |
| PTF | Partenaires Techniques et Financiers |
| RAC | Revue Annuelle Conjointe |
| SAMU | Service d'Assistance Médicale d'Urgence |
| SIDA | Syndrome d'Immunodéficience Acquis |
| SNIS | Service National d'Information Sanitaire |
| SONU | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence |
| SR | Santé de la Reproduction |
| UEMOA | Union Economique et Monétaire Ouest Africaine |
| UAEL | Union des Associations d'Elus Locaux |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

Introduction

Le Sénégal a adopté son deuxième Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSRP-2) pour la période 2006-2010. Le secteur de la santé y occupe une place de choix du fait de son rôle de premier plan dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le présent Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) consacre une rupture dans la façon d'aborder le développement sanitaire. Plus que par le passé, la priorité est accordée à la répartition équitable de l'offre de services et au financement de la demande en santé. Le plan repose, en effet, sur une vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion.

L'attention portée à la démocratisation des soins dans le cadre du PNDS 2009-2018 n'occulte pas cependant la priorité accordée à la prévention, option politique majeure qui trouve son fondement dans l'ancrage de la politique de santé du Sénégal aux Soins de Santé Primaires. Ce plan est certes orienté vers la réalisation des OMD santé. Mais un accent particulier sera mis sur l'amélioration de la gestion du secteur dans un cadre multisectoriel afin de mieux prendre en charge les déterminants de la santé et réduire les inégalités. C'est ainsi que les objectifs du PNDS 2009-2018 sont au nombre de quatre: (i) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ; (ii) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ; (iii) Renforcer durablement le système de santé ; (iv) Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

La réalisation des objectifs liés à la santé de la mère et de l'enfant se fera à travers la consolidation des acquis en matière de lutte contre les mortalités maternelle et infantile. Elle sera fondée plus précisément sur l'accélération de la mise en œuvre de la feuille de route, de repositionner la planification familiale et d'assurer une meilleure prise en charge des nouveaux nés au cours de la période néonatale. Les objectifs en matière de lutte contre la maladie sont, à priori, plus accessibles au regard des progrès enregistrés ces dernières années dans le contrôle du SIDA, du paludisme et de la tuberculose. En même temps qu'un effort sera mis dans l'intégration des interventions, une approche plus ciblée sera développée pour la prise en charge du SIDA. Il s'agira d'apporter la meilleure réponse au caractère concentré de cette épidémie, à sa féminisation et au cas particulier des régions de Kolda et Ziguinchor où la prévalence est de trois fois supérieure à la moyenne nationale.

Les orientations stratégiques du PNDS 2009-2018 sont au nombre de onze (11): (i) Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles ; (ii) Amélioration de la promotion de la santé ; (iii) Renforcement de la prise en charge des cas ; (iv) Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ; (v) Développement des ressources humaines, (vi) Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance, (vii) Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux, (viii) Renforcement du système d'information et de la recherche ; (ix) Promotion de la gestion axée sur les résultats, (x) Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière et (xi)

renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

Le suivi de la mise en œuvre se fera de façon conjointe à travers le Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Termes (CDSMT). Il s'inscrira dans la perspective de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, dans le respect de la loi sur la décentralisation.

1. Généralités sur le Sénégal

1.1. Milieu physique

La République du Sénégal est située en Afrique Occidentale, comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. Sa superficie est de 196722 km². Elle est limitée au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. A l'Ouest, le Sénégal est ouvert sur l'Océan Atlantique avec 700 km de côte. Sa pointe Ouest est la plus occidentale de toute l'Afrique continentale. La Gambie, qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédhiou et de Kolda au Sud.

Le réseau hydrographique du Sénégal est constitué de quatre grands fleuves : le Sénégal, la Gambie, la Casamance, le Saloum et par des affluents auxquels s'ajoutent quelques cours d'eau temporaires. Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. Celle-ci est plus longue en Casamance au sud du pays où les précipitations annuelles sont les plus importantes, avec une moyenne de 1 400 mm. Celles-ci chutent considérablement au Nord, avec moins de 381 mm. A l'instar des autres pays du Sahel, le Sénégal est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies.

1.2. Caractéristiques de la population

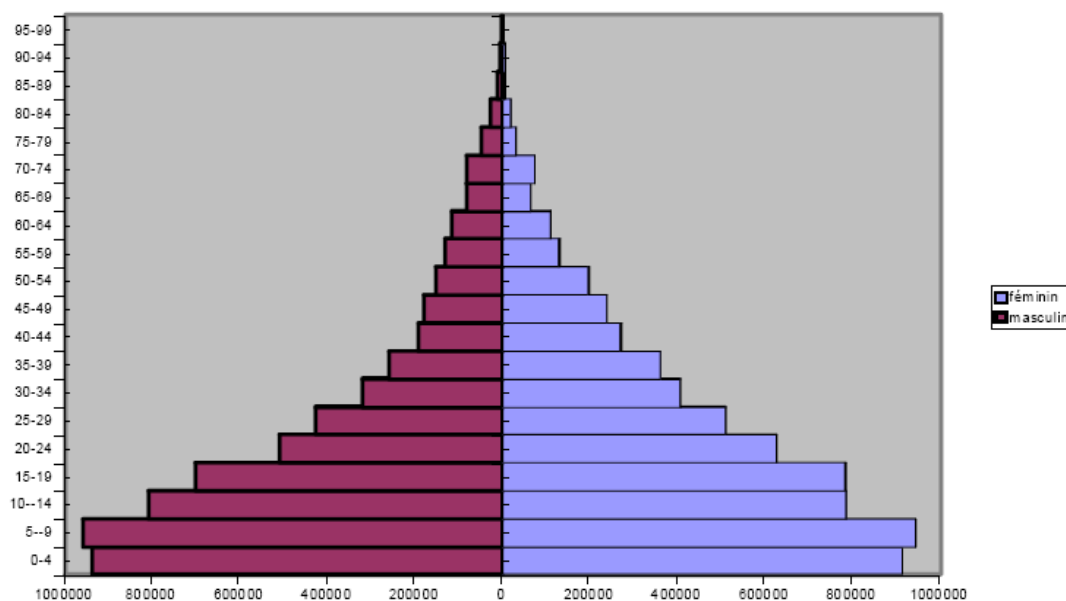
En 2008, la population du Sénégal est estimée à 11,6 millions d'habitants, soit une densité moyenne de 58 habitants au km². Cette moyenne cache une répartition extrêmement inégale de la population, avec une opposition entre le sous-peuplement de l'Est et une forte concentration sur la côte ainsi qu'au centre.

Liés à des facteurs naturels et historiques, ces contrastes ont été accentués ces dernières décennies par l'exode rural (ce phénomène intéressant plus particulièrement les jeunes). Le Sénégal a l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire (41,5% selon DPS 2005). Le développement des centres urbains absorbe une grande partie de la croissance de la population sénégalaise qui a plus que doublé en trente ans (de 5 millions en 1975 à 8,5 millions en 1995 et près de 12 millions en 2008). Cette expansion démographique est principalement due à l'accroissement naturel de la population (2,3% en 2006) qui résulte à la fois du recul de la mortalité (9,4 pour 1 000 en 2006) et d'une forte natalité (32,8 pour 1 000 en 2006). Outre son inégale répartition, le dépeuplement des campagnes au profit des villes et sa croissance rapide, la population sénégalaise se caractérise par sa jeunesse : en 2005, les moins de 20 ans représentent 54% et les plus de 65 ans 4%. A l'heure actuelle, le nombre de *femmes en âge de reproduction* (15-49 ans) est estimé à 3 124 600 et celui *des enfants de moins de 5 ans* à 1 755 800.

La région de Dakar abrite 22,4% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. Les régions les moins peuplées sont celles de Tambacounda (y compris Kédougou) et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au km². Ce sont aussi les régions les plus vastes du pays avec respectivement 30,4% et 14,8% du territoire national. Il faut également souligner la particularité des villes de Guédiawaye et de Pikine dans la région de Dakar et celle de Touba dans la région de Diourbel qui sont plus peuplées que certaines régions. Cette situation est caractéristique de la forte tendance à l'urbanisation du fait de l'exode rural qui est à l'origine de la multiplication des bidonvilles.

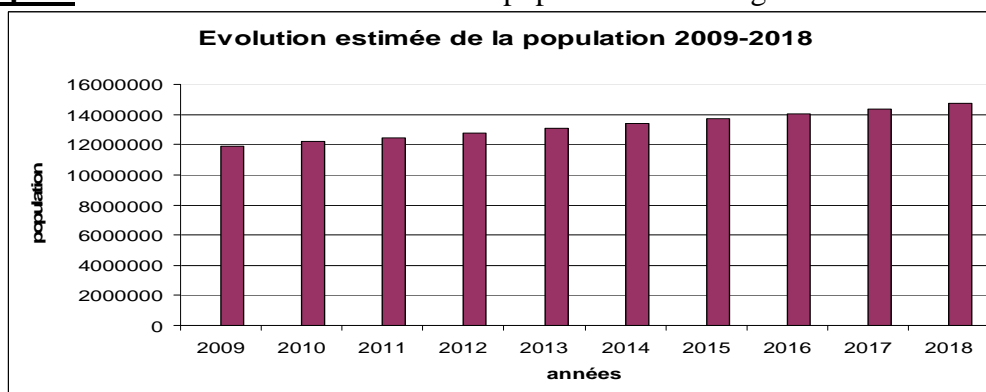
Selon la quatrième enquête démographique et de santé (EDS IV), pour la période allant de janvier 2002 à janvier 2005, le taux brut de natalité est de 39,1 pour mille. Le taux de croissance annuel de la population estimé à 2,5% reste élevé du fait d'une fécondité encore élevée. En effet, l'indice synthétique de fécondité estimé à 5,3 enfants par femme est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme).

Graphique 1 : Pyramide des âges de la population



Source : Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS, 2005-2006), ANSD, Dakar, Sénégal

Graphique 2 : Estimation de l'évolution de la population du Sénégal de 2009 à 2018



| 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 11894 343 | 12179 368 | 12472 141 | 12771 459 | 13077 983 | 13391 832 | 13709 845 | 14038 881 | 14375 814 | 14720 834 |

1.3. Situation socioéconomique

L'économie du Sénégal continue de faire face à diverses contraintes parmi lesquelles on peut citer un environnement des affaires peu attractif et la dépendance de la production agricole à la pluviométrie. Afin de lever ces obstacles, le Sénégal a mis en œuvre des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté (DSRP 1 et 2) depuis 2001 avec un objectif de taux de croissance de 7 à 8% pour réduire de moitié la pauvreté en 2015 pour atteindre les OMD.

Dans ce cadre, des politiques sectorielles vigoureuses, tels que la fourniture de services sociaux (éducation, santé, accès à l'eau potable, assainissement, etc.), le programme de réforme des finances publiques, la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA), la Grande Offensive Agricole pour la Nourriture et l'Abondance (GOANA), etc. sont progressivement mises en place en vue de relever significativement les performances socio-économiques et placer le pays sur un sentier de développement humain durable. Il importe de noter, à cet effet, une politique d'amélioration de la gestion des finances publiques grâce à une affectation stratégique des ressources et une transparence dans l'exécution des dépenses publiques et une effectivité des contrôles interne et externe.

C'est ainsi que d'importants résultats au plan économique et financier ont été enregistrés au cours de ces dernières années de 2000 à 2006. En effet, la croissance économique réelle s'est située en moyenne autour de 5% par an dans un contexte de maîtrise de l'inflation et des autres fondamentaux de l'économie. L'inflation moyenne annuelle sur la période 2000-2006 s'est située à 2%, inférieure à celle des partenaires de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), grâce notamment à une politique budgétaire et monétaire vertueuse et à un approvisionnement adéquat des marchés.

La gestion budgétaire a été caractérisée par un bon niveau de recouvrement des recettes fiscales et une gestion prudente des dépenses budgétaires. En effet, les recettes fiscales ont progressé de 9% en moyenne annuelle sur la période, ce qui s'est traduit par une hausse continue de la pression fiscale passant de 16,1% en 2000 à plus de 19 % en 2006, nonobstant la baisse du taux d'imposition des sociétés.

Les dépenses budgétaires ont, quant à elles, évolué en ligne avec les priorités déclinées dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, avec notamment un accent dans les secteurs sociaux de base (éducation et santé) et les secteurs productifs. En effet, les secteurs de l'éducation et de la santé absorbent depuis 2004 plus de 50% du budget de fonctionnement.

Ces résultats sont le fruit d'importantes réformes destinées à améliorer l'environnement du secteur privé, la gouvernance économique et financière, les infrastructures de soutien à la croissance, etc. Cette situation a contribué à l'amélioration des conditions de vie des ménages. On constate, pour la période 2003-2005, une baisse de l'incidence de la pauvreté plus marquée en zone urbaine. En effet, la proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 48,5 % en 2002 à 42,6% en 2005 (Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal, ESPS 2005-2006, août 2007).

Malgré ces résultats, l'économie reste vulnérable aux chocs exogènes. C'est ainsi que depuis 2006, l'économie a fait face tour à tour : (i) au déficit pluviométrique qui nous a valu des contre performances du sous secteur agricole en deux années successives, (ii) à la hausse des prix du pétrole et des produits alimentaires et (iii) aux effets de la crise financière internationale survenue en 2008. Avec les deux premiers chocs, le taux de croissance réelle de l'économie est retombé à moins de 4% en moyenne depuis 2006. L'inflation a également pris de l'ampleur (5% en moyenne). Quant à la situation des finances publiques, elle s'est caractérisée par un creusement du déficit public qui tourne autour de 5% du PIB. Ce qui pourrait mettre en péril les équilibres macro-économiques. Dans ce contexte, le Gouvernement a été en effet conduit à recourir à de nouvelles subventions pour faire face à une forte demande sociale, notamment pour atténuer l'impact de la hausse des prix internationaux de pétrole et d'aliments sur les prix domestiques.

La crise financière internationale pourrait encore affecter négativement les prévisions optimistes de croissance économique et exercer une pression supplémentaire sur la situation budgétaire du Sénégal sur les moyen et long termes et compromettre, ainsi, l'objectif de

réduction de la pauvreté de moitié en 2015. Il faut rappeler que la part du budget de l'Etat alloué à la santé se situe actuellement à 10% et devrait atteindre 15% conformément aux engagements pris par les Chefs d'Etats africains à Abuja en 2000.

Toutefois, les performances enregistrées, même en l'absence de chocs exogènes, restent insuffisantes pour atteindre les OMD. Pour ce faire, le Gouvernement entend mettre en œuvre, dans le cadre du DSRP, des stratégies spécifiques dans divers domaines : (i) l'amélioration des conditions de vie des ménages, (ii) le développement d'un secteur productif et des infrastructures (stratégie de croissance accélérée, GOANA, grands travaux, etc.), (iii) la promotion d'un environnement des affaires attractif pour les investissements étrangers, (iv) l'amélioration de la gestion des finances publiques grâce à une affectation stratégique des ressources et une transparence dans l'exécution des dépenses publiques.

Il importe de noter que l'impact de l'état de santé sur le développement humain en général, sur la productivité du travail et sur la pauvreté en particulier, est une donnée importante dans la mesure de la performance d'une économie. En effet, les maladies affectent sérieusement la production et les revenus des ménages. C'est ainsi qu'un ménage ou un individu peut, à tout moment, basculer dans la pauvreté.

« Dans les pays en voie de développement, les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils s'appauvrissent davantage parce qu'ils sont malades ; et voient leur état de mal empirer du fait de la misère accrue » (Sir Edwin, Médecin économiste).

1.4. Organisation administrative

Le Sénégal est composé de 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements, 113 communes, 46 communes d'arrondissement et 370 communautés rurales. Depuis l'adoption de la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales, le Sénégal compte désormais trois ordres de collectivités locales : régions, communes et communautés rurales. A leur tête siègent des conseils élus investis de compétences dans neuf domaines dont la santé. Les régions sont subdivisées en départements et ces derniers en arrondissements.

Le découpage sanitaire comprend les régions médicales et les districts sanitaires. Les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives, alors que plusieurs districts sanitaires peuvent se retrouver dans un même département.

Tableau 1 : Répartition des collectivités locales selon les régions, départements et arrondissements en 2008.

| REGION | Circonscriptions administratives | | | | Collectivités locales | | | | |
|--------------|----------------------------------|------------------|---------------------|------------|-----------------------|--------------|----------------------------|----------------------------|------------|
| | Régions | Départem ents | Arrondiss ements | Total | Régions | Comm unes | Comm unes d'Ar dt | Communa utés rurales | Total |
| Dakar | 1 | 4 | 10 | 15 | 1 | 7 | 43 | 2 | 53 |
| Diourbel | 1 | 3 | 8 | 12 | 1 | 3 | | 36 | 40 |
| Fatick | 1 | 3 | 9 | 13 | 1 | 8 | | 28 | 37 |
| Kaffrine | 1 | 4 | 9 | 14 | 1 | 5 | | 24 | 30 |
| Kaolack | 1 | 3 | 8 | 12 | 1 | 7 | | 28 | 36 |
| Kédougou | 1 | 3 | 6 | 10 | 1 | 3 | | 16 | 20 |
| Kolda | 1 | 3 | 9 | 13 | 1 | 9 | | 31 | 41 |
| Louga | 1 | 3 | 11 | 15 | 1 | 5 | | 47 | 53 |
| Matam | 1 | 3 | 5 | 9 | 1 | 10 | | 14 | 25 |
| Saint-Louis | 1 | 3 | 7 | 11 | 1 | 19 | | 18 | 38 |
| Sédhiou | 1 | 3 | 9 | 13 | 1 | 9 | | 32 | 42 |
| Tambacounda | 1 | 4 | 12 | 17 | 1 | 8 | | 38 | 47 |
| Thiès | 1 | 3 | 10 | 14 | 1 | 15 | 3 | 31 | 50 |
| Ziguinchor | 1 | 3 | 8 | 12 | 1 | 5 | | 25 | 31 |
| TOTAL | 14 | 45 | 121 | 180 | 14 | 113 | 46 | 370 | 543 |

Source : Ministère de la Décentralisation et des Collectivités locales

2. Contexte et bilan du PNDS 1998-2007

2.1 Politique de santé

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8 et dispose en son article 17 que «...L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants :

- L'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- L'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- La promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- La protection des groupes vulnérables ;
- Le renforcement du partenariat public-privé ;
- La promotion de la multisectorialité ;
- L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- La culture de la gestion axée sur les résultats.

2.2 Cadre de planification sanitaire

Le ministère de la santé, lors de l'élaboration de son premier plan sectoriel en 1998, a bien pris soin d'inscrire ses actions dans la direction indiquée par le 9^{ème} Plan de Développement Economique et Social (1996/2001) en matière de santé, seule référence à l'époque. A la faveur de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE), le Sénégal a élaboré son premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) pour la période 2003-2005 et son deuxième en 2006-2010. Il s'agit là des documents cadres les plus récents en matière de planification qui ont servi de référence. Ainsi le PNDS 2009-2018 constitue-t-il la réponse du secteur de la santé face aux défis pour la réalisation des OMD et du DSRP 2006-2010 en particulier son axe 2.

L'opérationnalisation du DSRP repose sur le CDMT, cadre de programmation et d'exécution budgétaire. Une telle approche donne aux ministères sectoriels un rôle majeur dans le suivi de la stratégie. Depuis 2005, le ministère chargé de la santé fait partie des secteurs pilotes pour l'implantation des Cadres de Dépenses Sectoriels à Moyen Terme (CDSMT Santé), outil de mise en œuvre du PNDS.

Le système de planification du secteur de la santé comprend un plan stratégique décennal (PNDS), un plan triennal glissant (le CDSMT) et un plan de travail annuel (PTA) qui prend en compte les Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé).

Le CDSMT permet de mieux allouer les ressources pour atteindre les objectifs fixés et constitue une étape importante dans le processus de mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats. Il apporte ainsi une réponse face aux difficultés liées au non-alignement des allocations budgétaires aux priorités nationales et au faible niveau de prévisibilité des financements. Sous un autre registre, le CDSMT permet de développer le sens des responsabilités et de bâtir une culture de performance et d’instaurer l’obligation de rendre compte de l’utilisation des ressources publiques. Cet outil indique clairement les allocations budgétaires sur une période de trois ans, par programme et en fonction des sources de financement. Le CDSMT permet de préparer le budget annuel dont il assure le lien entre les ressources, les objectifs et les cibles de la période.

Le processus d’élaboration du CDSMT repose sur un calendrier qui précise les délais pour son élaboration, sa mise en œuvre et son évaluation annuelle à travers le rapport de performances. La notification des enveloppes budgétaires sectorielles indicatives par le ministère chargé des finances, première étape de ce processus, se fait sur la base des priorités de programmes de dépenses triennales toutes sources confondues.

Le Plan de Travail Annuel est la traduction opérationnelle de la première année du CDSMT déclinée en plans d’actions détaillés au niveau de tous les échelons de la pyramide. Le budget du ministère chargé de la santé est préparé à partir de ces PTA. Pour le cas particulier des districts sanitaires, le processus démarre par une planification au niveau des collectivités locales avec l’élaboration des POCL-Santé. Ces derniers constituent l’ossature des PTA des districts qui font à leur tour l’objet d’une synthèse au niveau régional sous la coordination de la région médicale.

2.3 Système de santé

2.3.1 Ressources Humaines

Le développement des ressources humaines du secteur a nécessité l’élaboration en 1996, d’un plan national de formation du personnel de santé. Ce plan a été renforcé en 2002 par l’ouverture des Centres Régionaux de Formation, la création en 2003 de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la mise en œuvre d’une politique de contractualisation. Malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs, les indicateurs de couverture en personnel montrent qu’on est encore très loin des normes déjà proposées dans le PNDS 1998-2007.

| Catégories professionnelles | Normes OMS | Normes PNDS 1998-2007 | Couverture atteinte en 2007 |
|-----------------------------|------------------------|--|--|
| Médecins | 1 pour 10000 habitants | Définies selon les types de structures | 1 pour 11000 habitants (y compris le secteur privé) |
| Infirmiers | 1 pour 300 habitants | 1 pour 5000 habitants | 1 pour 4200 habitants |
| Sages Femmes d’Etat | 1 pour 300 FAR | 1 pour 1500 à 2000 FAR | 1 pour 4000 habitants |

Cette situation découle essentiellement de trois facteurs : (i) l’insuffisance des effectifs admis au niveau des structures de formation notamment dans les Universités ; (ii) la non maîtrise du processus de recrutement dans la fonction publique qui est de la compétence du ministère en charge qui, en définitive, décide du calendrier et de la nature du personnel à recruter ; (iii) l’insuffisance des mesures incitatives pour fidéliser le personnel et réussir une meilleure répartition géographique.

Le déficit en personnel est surtout important au niveau des zones difficiles et éloignées de Dakar. Une des causes est l'instabilité du personnel du fait d'un manque de motivation et d'un cadre de vie adéquat. Il s'y ajoute l'absence d'un plan de relève. Des initiatives ont été prises pour améliorer la couverture en personnel dans ces zones (indemnités d'éloignement, contractualisation des postes dans les structures situées en zones difficiles). Toutefois, elles sont restées au stade expérimental et méritent, par conséquent, d'être poursuivies et renforcées.

Un effort a été fait avec l'étude sur le développement des ressources humaines de 2005 dont les recommandations tardent, toutefois, à être mises en œuvre. Le premier plan de formation qui a été élaboré dans le cadre du PNDS 1998-2007 est arrivé à terme sans que la réflexion ne soit entamée pour un nouveau plan de formation. Deux outils, en plus du plan de développement des ressources humaines, devraient être systématisés : (i) le plan de formation et (ii) la gestion informatisée du personnel.

Tableau 2 : Couverture en personnel sanitaire (médecin, SFE, Infirmier) en 2007

| catégories socio professionnelles | Secteur Public | | | | Secteur Privé | | effectif total 2008 | Ratio (public&privé) 2008 |
|--------------------------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|------------------|---------------------------|---------------------------------|
| | Effectif 1994 | Ratio 1994 | effectif 2008 | Ratio 2008 | effectif 1994 | effectif 2008 | | |
| Médecin | 292 | 27833 | 624 | 18615 | 348 | 436 | 1060 | 10958 |
| SFE | 516 | 3623 | 677 | 3946 | 44 | ND | ND | ND |
| Infirmiers | 1734 | 4687 | 2777 | 4183 | 245 | ND | ND | ND |

Population 1994 = 8 127 374 – Population 2008 = 11 615 586

Sources : Ratios calculés à partir des données de la Carte Sanitaire 2008

Le tableau de synthèse ci-dessus montre que le déficit en personnel soignant par rapport aux normes du PNDS intéresse les sages femmes. En effet, les ratios personnel/population sont passés, entre 1994 et 2008, de 1 sage femme pour 3623 FAR (Femme en Age de Reproduction) à 1 sage femme pour 3946 FAR dans le secteur public alors que pour les infirmiers, ils passent de 1 infirmier pour 4687 habitants à 1 infirmier pour 4183 habitants. Cette situation intervient dans un contexte de décentralisation de la formation des infirmiers et du renforcement des capacités des Instituts de formation du privé. Le déficit noté chez les sages femmes s'explique par l'insuffisance des effectifs formés mais également par les départs pour des raisons de retraite ou autres migrations, phénomènes jusque là non maîtrisés. Cette situation pose avec acuité la nécessité d'avoir un plan de développement des ressources humaines.

Pour les médecins, par contre, on note un progrès avec un ratio qui passe de 1 médecin pour 27833 habitants à 1 médecin pour 18615 habitants dans le secteur public. Cette progression est encore plus nette si on tient compte du secteur privé. La part importante des médecins du privé (41%) rend encore plus évidente la nécessité pour le ministère de la santé de mettre en place une politique d'intégration du secteur privé dans la mise en œuvre des programmes de santé. Dans tous les cas, la résorption du déficit en personnel et le rééquilibrage généralistes/spécialistes nécessitera une collaboration accrue entre le ministère de la santé, l'université et les écoles de formation professionnelle en santé.

2.3.2. Infrastructures, Equipements et Maintenance

Le PNDS 1998-2007 prévoyait la construction de 245 nouveaux postes de santé, 4 centres de santé et 3 hôpitaux. Le plan de réhabilitation concernait 166 postes de santé, 12 centres de santé et certains services spécialisés dans les CHU et les hôpitaux régionaux.

Tableau 3 : Réalisations du PNDS 1998-2007 en matière de construction d'hôpital, de centre et poste de santé.

| Types d'infrastructures | Situation en 1998 | Prévisions de réalisation PNDS 1998-2007 | Réalisations PNDS 1998-2007 | Observations |
|-------------------------|-------------------|--|-----------------------------|---|
| Hôpitaux | 17 | 2 | 3 | 2 en construction |
| Centres de santé | 52 | 4 | 24 | La plupart concernent des reconstructions |
| Postes de santé | 733 | 245 | 238 | néant |

Sources : MSP/SNIS, Carte Sanitaire (2008)

Globalement, les réalisations dépassent les prévisions sauf pour les postes de santé pour lesquels des efforts supplémentaires sont à fournir. Cette situation traduit une amélioration de la couverture sanitaire. Toutefois, elle reste insuffisante car l'essentiel des travaux au niveau des centres de santé ont concerné des réhabilitations. Par ailleurs, on note, de façon récurrente, des retards dans la construction et l'équipement de nouvelles structures. En témoigne la situation des chantiers des hôpitaux de Fatick et de Ziguinchor ainsi que les centres de santé de Samine, de Goudomp, de Ranérou et de Khombole. Il faut aussi signaler que les normes architecturales en matière de construction ne sont pas toujours respectées. Il arrive aussi que des équipements commandés pour ces ouvrages soient stockés trop longtemps dans des conditions qui entraînent leur détérioration du fait du retard accusé dans la livraison des infrastructures.

Le Sénégal compte vingt (20) hôpitaux. La construction des hôpitaux de Fatick et de Ziguinchor est bloquée depuis 2005. L'hôpital Dalal Jamm, dans la ville de Guédiawaye, est en cours de construction.

Le nombre de centres de santé est de soixante dix (70) dont 23 centres de santé de référence, répartis dans 65 districts sanitaires. Les nouveaux districts sanitaires estimés au nombre de douze ne disposent pas encore de centre de santé fonctionnel.

Au niveau communautaire, se situent les cases de santé qui constituent le premier recours de soins essentiellement en zone rurale et qui mènent beaucoup d'activités préventives et promotionnelles.

D'autres ministères assurent la tutelle de formations sanitaires publiques :

- le Ministère des Forces Armées : l'Hôpital Principal de Dakar, l'Hôpital Militaire de Ouakam et les infirmeries de garnison

- Les départements chargés de l'Education : les inspections médicales des écoles et les infirmeries des collèges, lycées et universités
- Le Ministère de l'Intérieur : les infirmeries de la police, des sapeurs pompiers
- Le Ministère de la Justice : les infirmeries de l'administration pénitentiaire
- Le Ministère de l'Economie et des Finances : les infirmeries des douanes
- Le Ministère en charge du Travail : les centres de l'IPRES et les services de santé des entreprises
- Le Ministère en charge de la Jeunesse : les centres pour la promotion de la santé des adolescents
- Le Ministère en charge de l'Environnement : les infirmeries de parcs nationaux

Le secteur privé compte 1 hôpital privé confessionnel, 32 cliniques, 70 maternités, 131 cabinets médicaux et 77 postes de santé privés, 843 officines de Pharmacie, 4 Grossistes répartiteurs, 3 Industries pharmaceutiques et l'Institut Pasteur de Dakar devenu Fondation de droit sénégalais en décembre 2008 et qui fabrique le vaccin anti-amaril. A cela s'ajoute l'offre de santé des ONG et des Associations. Il convient de signaler l'existence d'une offre privée en matière d'aide au diagnostic avec 12 laboratoires privés d'analyses médicales dont 10 à Dakar et une dizaine de services d'imagerie à Dakar.

La construction du siège du Ministère de la Santé en 2004 a permis de regrouper l'essentiel des Directions et Services. L'extension du siège est d'ailleurs prévue pour accueillir les autres services externes.

Au niveau des régions, des locaux ont été construits ou réhabilités pour abriter 10 régions médicales. La région médicale de Matam, créée en 2002, ne dispose pas de locaux propres. C'est le cas des trois nouvelles régions qui ont été créées en 2008 à savoir Kédougou, Sédhiou et Kaffrine. Les Brigades régionales d'Hygiène, à l'exception de celles de Matam, Kolda et Saint-Louis, ne disposent pas de locaux fonctionnels et adaptés à leur mission. Elles sont toutes logées dans des bâtiments vétustes et étroits. Il en est de même pour les Sous brigades d'Hygiène, au nombre de soixante trois (63), qui sont également logées dans les centres de santé.

En outre, sept (07) centres régionaux de formation en santé (CRFS) ont été ouverts. Il s'agit des centres de Ziguinchor, Kolda, Thiès, Saint-Louis, Kaolack, Tambacounda et Matam. A terme, il est prévu d'en ouvrir un dans chaque région.

Tableau 4 : Répartition des hôpitaux, centres de santé et postes de santé par région en 2008.

| Région | Pop région | Dist | Hôp. | CS | PS | Ratio Pop/PS | Postes de santé privés | Nombre total postes de santé | Ratio corrigé ts PS |
|----------|------------|------|------|----|-----|--------------|------------------------|------------------------------|---------------------|
| Dakar | 2 622 408 | 8 | 8 | 19 | 109 | 24 059 | 12 | 121 | 21 673 |
| Diourbel | 1 319 308 | 4 | 2 | 5 | 72 | 18 324 | 4 | 76 | 17 359 |
| Fatick | 627 804 | 6 | 0 | 5 | 76 | 8 261 | 11 | 87 | 7 216 |
| Kaffrine | 492 685 | 4 | 0 | 2 | 40 | 12 317 | 0 | 40 | 12 317 |
| Kaolack | 757 743 | 4 | 1 | 4 | 64 | 11 840 | 6 | 70 | 10 825 |
| Kédougou | 118 921 | 3 | 0 | 2 | 18 | 6 607 | 2 | 20 | 5 946 |
| Kolda | 553 708 | 3 | 1 | 2 | 42 | 13 184 | 3 | 45 | 12 305 |
| Louga | 777 085 | 5 | 1 | 5 | 68 | 11 428 | 1 | 69 | 11 262 |
| Matam | 533 385 | 3 | 1 | 2 | 66 | 8 082 | 0 | 66 | 8 082 |

| Région | Pop région | Dist | Hôp. | CS | PS | Ratio Pop/PS | Postes de santé privés | Nombre total postes de santé | Ratio corrigé ts PS |
|-------------|------------|------|------|----|-----|--------------|------------------------|------------------------------|---------------------|
| Saint-Louis | 837 583 | 5 | 2 | 4 | 95 | 8 817 | 2 | 97 | 8 635 |
| Sédhiou | 418 278 | 3 | 0 | 1 | 40 | 10 457 | 1 | 41 | 10 202 |
| Tambacounda | 610 550 | 7 | 1 | 5 | 60 | 10 176 | 4 | 64 | 9 540 |
| Thiès | 1 471 754 | 9 | 2 | 9 | 126 | 11 681 | 17 | 143 | 10 292 |
| Ziguinchor | 474 374 | 5 | 1 | 5 | 95 | 4 993 | 14 | 109 | 4 352 |
| TOTAL | 11 615 586 | 69 | 20 | 70 | 971 | 11 962 | 77 | 1 048 | 11 084 |

Sources : MSP/SNIS, Carte sanitaire (2008)

La région de Fatick et les nouvelles régions (Kaffrine, Sédhiou et Kédougou) ne disposent pas d'hôpital à l'heure actuelle. Par contre, la couverture en centres de santé est satisfaisante avec au moins 1 centre de santé par département à l'exception des départements nouvellement créés en 2008. Au plan de la couverture en postes de santé où la norme fixée par le PNDS 1998-2007 était de 1 poste de santé pour 10000 habitants en zone urbaine et 1 poste de santé pour 5000 habitants en zone rurale, les objectifs sont quasiment atteints. Cette couverture relativement satisfaisante cache cependant des disparités régionales avec les meilleures couvertures enregistrées pour les régions de Ziguinchor, Fatick, Saint-Louis et Kédougou. Les régions de Diourbel, Kaffrine, Kolda et Louga enregistrent les plus faibles ratios. Il y a lieu de noter que des facteurs comme l'insularité, le nomadisme, l'enclavement, la dispersion des populations peuvent entraver l'accès géographique aux services. La région de Dakar qui a le ratio le plus faible a cependant une bonne accessibilité géographique du fait de la concentration de sa population.

Sur le plan des équipements, le PNDS 1998-2007 a permis une amélioration du plateau technique des structures sanitaires, le renforcement des moyens de supervision et l'amélioration des conditions d'évacuation des malades. Tous les nouveaux postes et centres de santé construits ont été équipés selon les normes. En 2002, la chaîne de froid a été entièrement renouvelée et tous les postes de santé ont été dotés de motos, les centres de santé en ambulances et véhicules de supervision, les districts sanitaires en vedettes ambulances sans compter l'effort spécial qui a été fait en direction des hôpitaux qui ont été dotés en équipements de pointe (scanner et autres). La plupart des structures de santé (postes, centres et hôpitaux) ont en outre été dotées d'équipements variés dans le domaine de l'hygiène hospitalière (incinérateurs, buanderie, matériels de stérilisation). En plus, le ministère dispose de deux camions médicalisés pour les consultations foraines et d'un parc d'ambulances équipées pour les besoins du Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) récemment créé. Cependant, ces efforts n'ont pas pris en compte les besoins en équipements pour la prise en charge des maladies chroniques à soins coûteux.

Il faut toutefois noter l'absence de plan de renouvellement des équipements. Cette situation explique le déficit noté actuellement dans certaines structures où des équipements acquis en début de programme sont devenus usés ou obsolètes sans être renouvelés.

Sur le plan de la maintenance, il a été noté des insuffisances dans le fonctionnement normal des activités dans les hôpitaux, régions médicales et districts sanitaires où il existe un Service Technique de Maintenance (STM). Cette situation découle d'un défaut d'organisation (plan d'équipement, organigramme, système d'information pour la maintenance), mais aussi d'un déficit en personnel qualifié.

L'option de rendre fonctionnels des STM au niveau des régions, hôpitaux et districts devrait être revue au regard des résultats enregistrés dans ce domaine. Une solution pourrait être le recours à la contractualisation dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de maintenance.

2.3.3 Médicaments et produits médicochirurgicaux

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 1998-2007, des réformes du secteur pharmaceutique ont été entreprises pour assurer l'accès de tous aux médicaments essentiels de qualité et à moindre coût. L'évaluation récente du système mis en place a révélé, entre autres, une faiblesse dans la disponibilité des médicaments avec des problèmes d'accessibilité pour les populations vulnérables ou démunies et sans couverture sociale.

Au cours du PNDS 1998-2007, des mesures ont été prises : l'érection de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) en EPS, le renforcement du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM), la formation de pharmaciens inspecteurs, l'homologation des prix des médicaments et produits médico-chirurgicaux, l'introduction de médicaments traditionnels améliorés (MTA), la lutte contre le marché illicite des médicaments et l'élaboration d'une politique nationale pharmaceutique.

2.3.4 Les Ressources financières du PNDS 1998-2007

La première phase du PNDS 1998-2007 (PDIS) prévoyait un budget total de 229 milliards avec une contribution de l'Etat de l'ordre de 53,7%, des populations de 10,8%, de partenaires au développement de 29,9% et des collectivités locales de 5,6%. Pour la deuxième phase du PNDS, les prévisions étaient estimées à 735, 5 milliards FCFA avec des contributions de 44,75% pour l'Etat, 15,30% pour les partenaires au développement, 21,44% pour les collectivités locales et 18,50% pour les populations. Au total, les deux phases du PNDS prévoyaient un budget global pour le plan décennal de 964,5 milliards FCFA

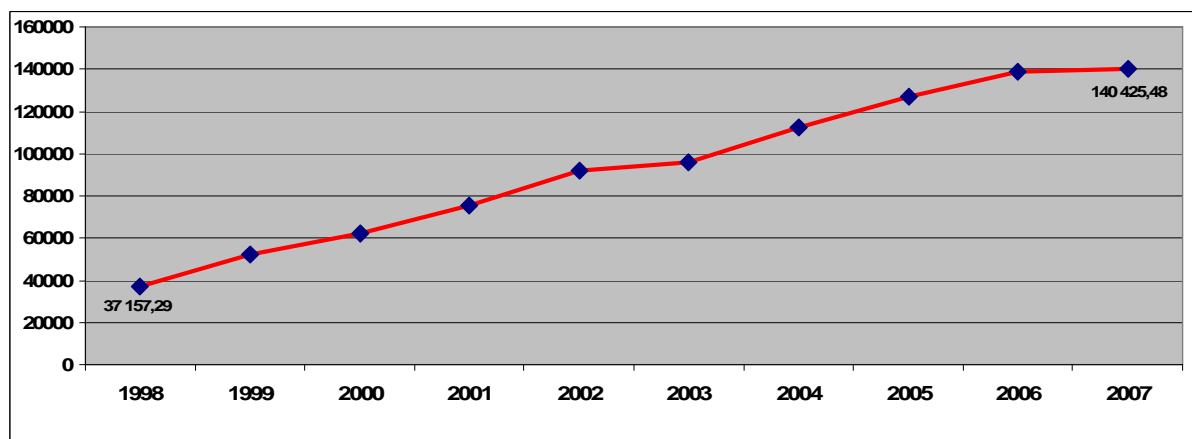
Au terme du PNDS 1998-2007, le secteur de la santé a reçu globalement un financement de 933,2 milliards de F.CFA, soit un taux de réalisation financière de 96,8%. En effet, le financement de la santé a connu, toutes sources confondues, une progression importante passant de 37,2 milliards en 1998 à 140,4 milliards en 2007 comme l'illustrent le tableau et le graphique ci-après.

Tableau 5 : Situation du financement du secteur de la santé par source de 1998 à 2007 (en milliards de F.CFA)

| RUBRIQUES | ANNEES | | | | | | | | | | | TOTAL | % |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---|
| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | | | |
| COLLECTIVITES LOCALES | 1,77 | 1,58 | 1,60 | 1,32 | 4,32 | 2,23 | 3,10 | 2,64 | 4,53 | 4,53 | 27,60 | 2,96% | |
| ETAT | 20,56 | 26,75 | 29,35 | 36,42 | 42,18 | 51,87 | 50,77 | 62,31 | 65,09 | 90,67 | 475,96 | 51,00% | |
| PARTENAIRES EXTERIEURS | 9,02 | 17,44 | 23,23 | 26,32 | 27,83 | 19,24 | 30,30 | 36,41 | 40,70 | 19,04 | 249,52 | 26,74% | |
| POPULATIONS | 5,81 | 6,19 | 7,82 | 11,42 | 17,87 | 22,31 | 28,05 | 25,66 | 28,77 | 26,19 | 180,08 | 19,30% | |
| TOTAL | 37,16 | 51,95 | 62,00 | 75,47 | 92,19 | 95,66 | 112,22 | 127,02 | 139,08 | 140,43 | 933,17 | 100,00% | |

Sources : MSP/DAGE, Rapport financier

Graphique 3 : Evolution du financement du PNDS 1998-2007



Le financement dans le secteur de la santé provient essentiellement de l'Etat, des partenaires au développement, des populations et des collectivités locales. L'Etat a été le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS, avec un apport de 475,96 milliards de FCFA, représentant 51% de du financement. Il est suivi par les partenaires extérieurs avec un apport au financement de 249,52 milliards de FCFA, représentant 26,7%. Viennent ensuite les populations et les Collectivités Locales pour respectivement 19,3% et 3%. Pour le cas particulier, des collectivités locales, les contributions financières ont été très en deçà des prévisions pour l'ensemble des deux phases. Le gap a été en partie résorbé par l'Etat et les populations. A titre illustratif, les comptes nationaux de la santé ont mis en évidence l'importance du secteur privé dans la formation de la Dépense nationale de santé (DNS). Pour l'année 2005, ces comptes évaluent cette contribution à 109,42 milliards sur un total de 254,20 milliards FCFA soit 43% de la DNS. Dans la participation du privé, les ménages occupent, de loin, la première place avec 87%.

Sur le plan de l'analyse économique des dépenses, il convient de rappeler que le PDIS avait prévu 42,6% du budget pour le fonctionnement, 31,2% pour le personnel et 26,2% pour l'investissement. Les réalisations notées à la fin du programme indiquent les taux suivants : 44,1% pour le fonctionnement, 29,8% pour le personnel et 26,1% pour l'investissement. Si la part prévue pour les investissements a été respectée, on note un léger fléchissement par rapport au fonctionnement et au personnel. Il faut, néanmoins, souligner un phénomène récurrent au ministère depuis l'instauration du fonds de motivation et l'initiative de la contractualisation qui occasionne des réaménagements budgétaires de la rubrique « investissement » vers la rubrique « personnel » ce qui, à terme, peut affecter l'efficience dans l'allocation budgétaire.

Selon les comptes nationaux de la santé, l'analyse des dépenses de santé pour 2005 dans les structures publiques révèle que seulement 3% du financement public sont orientés vers les postes de santé et les maternités rurales, contre 38% vers les centres de santé et 50% vers les hôpitaux. Si l'on se réfère à la stratégie d'« amélioration de l'accessibilité des services », les

postes et les centres de santé devraient bénéficier beaucoup plus du financement de l'Etat, ce qui justifie une réorientation des ressources au niveau des structures périphériques.

La presque totalité du financement public est orientée vers les structures publiques alors que les structures privées participent à la prise en charge de la santé des populations qui est dévolue à l'Etat. Le secteur privé devrait bénéficier d'une assistance pour une meilleure prise en charge de la santé et favoriser le partenariat public privé.

Sur le plan de l'assurance maladie, il n'existe pas encore de couverture maladie généralisée à l'ensemble de la population malgré la part importante des ménages qui contribuent pour 38% dans la prise en charge des dépenses de santé. Le taux de couverture risque maladie se situe autour de 20%. Il existe réellement des potentialités pour le développement de mécanismes de financement solidaires pouvant mener à terme vers une assurance universelle. Le système actuel de sécurité sociale est caractérisé par une très grande diversité dans son organisation et son fonctionnement et comporte les éléments suivants : (i) la couverture du risque maladie bâtie sur des principes de solidarités professionnelles et limitée à certaines catégories socio professionnelles ; (ii) les dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur des couches sociales particulières qui incluent le Plan SESAME en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus ; (iii) la subvention en faveur des personnes atteintes d'affection particulières (Tuberculose, VIH/SIDA), la gratuité des accouchements et césariennes (sauf dans la région de Dakar) ; (iv) les certificats d'indigence qui permettent aux personnes qui en sont munies de bénéficier gratuitement de soins dans les formations sanitaires publiques ; (v) les réseaux alternatifs de la protection sociale qui est un système contributif visant la protection des personnes non couvertes par les systèmes formels. Pour le cas particulier des mutuelles de santé, le développement noté ces dernières années nécessite qu'il soit mis en place un encadrement approprié et un cadre institutionnel qui intègre la loi de 2004 sur la mutualité qu'il urge de compléter par la prise des décrets d'application y afférents.

2.3.5 Système d'information

Le système d'information sanitaire à des fins de gestion (SIG) est en cours de reconstruction. Parmi les acquis, on peut noter : (i) la standardisation des outils et l'harmonisation des procédures de collecte des données au niveau des districts, (ii) l'informatisation du Système d'information sanitaire (SIS) initiée dans le cadre du PNDS 1998-2007 à travers le logiciel « Application Santé », (iii) la création en 2004 du Service National de l'Information Sanitaire (SNIS).

Ces différents dispositifs ont permis la sortie régulière de l'annuaire statistique depuis trois ans avec une amélioration progressive de la qualité des données. Malgré tout, il reste beaucoup d'efforts à fournir en termes de renforcement en ressources humaines et en logistique. En plus, l'informatisation du système doit être revue et adaptée à l'environnement technologique actuel pour mieux prendre en compte les besoins aux niveaux central et régional.

Par ailleurs, le Service National d'Information Sanitaire (SNIS) devrait être mieux préparé à prendre en compte les préoccupations des autres secteurs ayant des actions de santé qu'il s'agisse du secteur privé, des autres ministères, des organisations internationales, etc. Pour cela, la collaboration doit être développée avec les institutions de recherche ou les agences spécialisées dans la statistique et la démographie telles que l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD).

Au niveau périphérique, les données collectées sont souvent incomplètes et manquent de qualité et d'exhaustivité. Il s'y ajoute une insuffisance de coordination du fait de l'interférence des programmes qui ne tiennent pas compte de la périodicité des rapports fournis par les différents niveaux. Une des solutions à ce problème passera par le renforcement des capacités au niveau régional

Au niveau de la réglementation, il importe de prendre des actes pour organiser le circuit de l'information en prenant soin d'identifier des responsables à tous les niveaux, de préciser les conditions d'accès à l'information et les modalités de diffusion.

2.3.6 Recherche en santé

La recherche s'appuie sur les structures du système de santé national, le secteur privé et les stations de recherche. Les initiatives de renforcement des capacités de recherche se sont généralisées au cours des années 90. Le comité d'éthique qui a été mis en place fonctionne normalement. Le fonds d'impulsion de la recherche a permis d'obtenir des résultats importants qui ont amélioré les stratégies d'intervention dans certains domaines (Infections Respiratoires Aiguës, Paludisme, etc.). Cependant, dans d'autres domaines, les succès sont mitigés du fait à l'absence d'une perspective systémique pour la maîtrise de la recherche en santé. Le développement de partenariats avec l'Université, les Instituts de recherche et le secteur privé est nécessaire pour promouvoir la recherche en santé et assurer une supervision et un contrôle effectif sur les activités de recherche. La coordination de la recherche en santé et l'éthique est assurée par une division. Cependant, il arrive que des activités de recherche au sein du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) échappent à son contrôle et à sa supervision.

2.3.7 Organisation du système de santé

2.3.7.1 Organisation du ministère

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire constitué par les Régions Médicales et périphérique appelé district sanitaire.

Niveau Central

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés. Trois ordres de difficultés gênent le fonctionnement des services sur le plan institutionnel : (i) le nombre important de services rattachés, (ii) le conflit de compétences entre services centraux partageant les mêmes missions, (iii) le manque de précision dans les missions du fait de l'absence d'arrêtés d'application.

Niveau intermédiaire : La Région Médicale (RM)

Le Sénégal compte 14 régions médicales. La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, assure la coordination, la supervision,

l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification. Toutefois, les Régions Médicales jouent difficilement ce rôle en raison de l'insuffisance des capacités et des ressources humaines et logistiques.

Niveau périphérique : District Sanitaire (DS)

Le Sénégal compte 69 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué d'un ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales. Les districts comme les régions médicales manquent de capacités. Cette situation explique la faiblesse des équipes cadres.

L'analyse de l'organisation actuelle du Ministère de la Santé et de la Prévention a fait ressortir des dysfonctionnements et insuffisances au niveau de certains secteurs. Il s'agit essentiellement de : (i) l'absence d'une structure de planification ; (ii) du déficit de coordination ; (iii) de la dispersion des services en charge de la santé de la mère du nouveau né et de l'enfant ; (iv) de la faible interaction des interventions sectorielles ; (v) de la faiblesse de la recherche ; (vi) des difficultés de mise en œuvre de la réforme hospitalière ainsi que (vii) l'absence d'une chaîne harmonieuse d'institutions de soins donnant l'impression que les structures hospitalières sont en dehors du système ; (viii) des insuffisances dans la politique pharmaceutique nationale et du domaine des laboratoires ne prenant pas suffisamment en compte les directives communautaires de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) et de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) sur l'harmonisation des cadres institutionnels ; (ix) du manque de contenu du programme de prévention médicale ; (x) de la faible capacité de la Région Médicale et, enfin ; (xi) du manque de cadre de concertation pour une décentralisation harmonieuse.

2.3.7.2 Offre de services et système de référence contre référence

L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé à tous les échelons de la pyramide sans qu'il existe, toutefois, une correspondance parfaite entre les plateaux techniques des deux systèmes à chaque niveau. Au niveau communautaire, le système est complété par les initiatives communautaires matérialisées sur le terrain, entre autres, par le développement des cases de santé. Il faut noter, en plus, la part non négligeable de la médecine traditionnelle dans le secteur de la santé.

Au niveau hôpital

Les soins spécialisés (spécialités chirurgicales et médicales) sont disponibles au niveau des hôpitaux de niveau 3 qui sont tous implantés dans la région de Dakar sauf 1 à Touba dans la région de Diourbel. La médecine générale, la chirurgie générale et la césarienne sont disponibles au niveau des hôpitaux de niveau 2 qui sont implantés au niveau des chefs lieux de région et au niveau des départements de Ndoum et Ourosogui. Il arrive que les hôpitaux

régionaux comptent parmi leur personnel un ou plusieurs spécialistes (pédiatrie, ophtalmologie, cardiologie, traumatologie, etc.), mais ce personnel ne dispose pas toujours de services opérationnels, notamment en matière de diagnostic. Il faut aussi souligner l'inégale répartition des services hospitaliers, la technologie de pointe étant la propriété de Dakar. La disponibilité du scanner limitée à l'axe Dakar/Thiès/Saint-Louis témoigne de l'iniquité de l'offre à travers le pays. Les soins spécialisés qui comprennent les soins relatifs à la prise en charge de maladies chroniques comme le diabète, le cancer et l'insuffisance rénale ne sont disponibles qu'au niveau hospitalier.

Le rôle important de l'hôpital en tant que structure de référence a amené les pouvoirs publics à initier une réforme en 1998 afin d'améliorer la qualité des services hospitaliers en les rendant plus accessibles géographiquement et financièrement. C'est dans le cadre de cette réforme que tous les hôpitaux ont acquis un statut d'autonomie de gestion dans le but de leur permettre de disposer d'outils pertinents de management hospitalier prenant en charge les objectifs de la réforme. Aujourd'hui, on constate que les populations, sans que cela ne soit étayé par une enquête qualitative, continuent de se plaindre des difficultés d'accès aux soins hospitaliers et même de la qualité des services offerts. Pourtant les hôpitaux consomment la majeure partie du budget alloué aux soins. D'ailleurs, il convient de noter, selon les rapports de performance CDSMT 2006 et 2007, des augmentations de plus en plus importantes de la dette hospitalière (environ 14 milliards en 2007). Cette situation, si elle persistait, pourrait aggraver le dysfonctionnement des hôpitaux déjà très préoccupant. On comprend alors que l'idée de mise en place d'une politique hospitalière soit à l'ordre du jour. Les leçons tirées de la réforme devraient aider à prendre les meilleures dispositions pour accompagner les transformations inhérentes à la mise en œuvre de cette politique.

Au niveau centres de santé et postes de santé

Les soins de santé de base, y compris la maternité et les soins dentaires, sont disponibles au niveau des centres de santé et de quelques postes de santé, donc à l'échelon périphérique de la pyramide. C'est également le lieu privilégié des activités préventives et promotionnelles. Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle, des initiatives ont été prises pour rendre disponible la césarienne au niveau périphérique. L'objectif est de rendre disponible les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) dans tous les centres de santé de référence qui disposent d'un plateau technique d'hôpital de niveau 1. Aujourd'hui 12 centres de santé disposent de bloc chirurgical SOU parfois même élargi à la chirurgie générale.

Système de référence/contre référence

L'iniquité dans l'offre de services aurait pu être atténuée en partie s'il y avait un système opérationnel de référence/contre référence. Ce système tarde à être opérationnel. Il y a certes un acquis avec la disponibilité des ambulances des districts et la gratuité des évacuations qui sont assurées. Mais tout ce dispositif reste insuffisant pour démocratiser l'accès aux soins. Il faut véritablement que le centre de santé et l'hôpital jouent leur rôle de référence respectivement au niveau district et au niveau régional/national. Le système de référence/contre référence suppose l'existence de procédures claires, partagées, validées et approuvées qui décrivent les conditions dans lesquelles tout malade qui entre en contact avec le système de santé gravite les échelons selon le cas. Le système déjà élaboré devrait être rendu opérationnel une fois que les critères ci-dessus énumérés sont respectés.

Secteur privé

A propos du partenariat avec le secteur privé, les actions phares inscrites dans le PNDS 1998-2007 étaient les suivantes :

- mener une enquête situationnelle sur le secteur privé ;
- réviser les textes sur les politiques fiscales appliquées aux médecins du privé pour les inciter à la mise en œuvre de la politique de santé ;
- organiser la pratique médicale dans le privé ;
- promouvoir l'encadrement du secteur privé pour sa participation effective dans la mise en œuvre des programmes de santé prioritaires ;
- renforcer la supervision et l'inspection technique dans le secteur privé ;
- aider le secteur privé à mieux s'organiser autour d'instances comme les ordres mais également à travers les associations et les amicales.

Les résultats enregistrés dans ce domaine sont insuffisants. La seule activité qui a été réalisée est l'étude sur la participation du secteur privé dans la mise en œuvre des programmes de santé prioritaires. Et sa portée est très limitée puisqu'elle n'a concerné que la région de Kaolack.

Force est de constater que le secteur privé n'est pas suffisamment impliqué dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques et programmes de santé. Et pourtant, les services de santé privés sont aussi bien fréquentés par les riches que par les pauvres et influencent favorablement les indicateurs prioritaires du secteur. L'un des facteurs explicatifs de cette situation est lié notamment à l'absence de cadres de collaboration formelle à tous les niveaux, malgré l'existence d'une réelle volonté politique. Aujourd'hui, il a été démontré que la solution aux différents problèmes liés au financement de la santé passera, entre autres, par le développement du partenariat public – privé (PPP).

En réalité, l'apport du privé en matière de santé aurait pu être plus important si ce secteur était bien impliqué, si la politique de contractualisation était mise en œuvre et si des cadres formels de collaboration Public – Privé étaient créés et rendus fonctionnels.

Initiatives au niveau communautaire

Il faut rappeler que le PNDS 1998-2007 était bâti sur une logique d'ancrage dans les soins de santé primaires. Or, au constat, il n'a été pas développé de stratégies particulières en matière de santé communautaire. Néanmoins, on a assisté à un développement des cases de santé avec l'appui de certains partenaires au développement et à une multiplication des initiatives communautaires comme le traitement par l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC), la prise en charge communautaire des IRA, de la diarrhée, du paludisme simple et des soins essentiels du nouveau né. Un groupe de travail a été créé en 2007 pour réfléchir sur la stratégie de passage à l'échelle des initiatives communautaires réussies. L'opérationnalisation de cette stratégie permettra de capitaliser les résultats de ces différentes initiatives et d'améliorer la prise en charge de la maladie au niveau communautaire. Par ailleurs, il importe de noter que les activités promotionnelles et préventives ont été activement menées par les agents et relais communautaires et méritent d'être renforcées par un encadrement plus soutenu.

Médecine Traditionnelle

Au Sénégal, la volonté politique de promouvoir la médecine traditionnelle s'est manifestée depuis fort longtemps. En effet, la valorisation de cette composante particulière de la santé a été l'une des priorités du Plan National de Développement Sanitaire du Sénégal 1998-2007.

Les principales activités réalisées, dans ce cadre, au cours du PNDS 1998-2007 sont les suivantes :

- Organisation d'un forum national ;
- Recensement des tradipraticiens et leur organisation en associations ;
- Inventaire des aires de peuplement et la création de cinq (05) centres d'expérimentations cliniques de médicaments à base de plantes médicinales dans quatre (04) régions : Dakar, Louga, Kounghoul et Kolda;
- Elaboration et validation des textes réglementant la pharmacopée traditionnelle ;
- Elaboration et validation d'un plan stratégique 2007-2010 pour l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé même si elle n'est pas mise en œuvre.

Un projet de Loi portant réglementation de la médecine traditionnelle a été élaboré en 2004. Mais elle n'a pas encore été votée du fait de plusieurs facteurs dont la difficulté à s'accorder sur une définition consensuelle.

2.3.7.3. Outils de gestion du système

- Décret et arrêtés organisant le ministère

Le décret 2004-1404 du 04 novembre 2004 est le dernier qui organise le ministère de la santé. Jusque là, il n'a pas été suivi d'arrêtés d'application. L'absence d'arrêtés précisant les missions des directions, divisions et services régionaux est source de dysfonctionnement du système.

Au-delà des décrets et des arrêtés, il est même utile de recourir à des circulaires pour réglementer le fonctionnement de certains sous secteurs et de certains échelons de la pyramide. Une circulaire pourrait mieux préciser la place de l'hôpital dans le système et le fonctionnement des districts, etc.

- Carte sanitaire

La carte sanitaire est un outil de réglementation et de veille pour la répartition de l'offre de service au plan national. Par conséquent, elle doit être régie, au moins, par un décret pour être opposable à tous. Elle doit tenir compte de l'existant au niveau du secteur privé et fondée sur des normes précises en matière d'infrastructures, de personnels et d'équipements. Elle doit également être revue de manière périodique pour s'adapter aux situations nouvelles.

L'effort a été fait d'élaborer une carte hospitalière (arrêté 91-28 du 20 novembre 2001). Une étude a suivi pour l'élaboration d'une carte sanitaire tenant compte des besoins en infrastructures, équipements et personnels. Néanmoins, aucun texte législatif ou réglementaire n'a été pris pour rendre applicables les résultats de cette étude.

2.3.7.4. Gestion de l'environnement du système

Les performances du secteur de la santé sont fortement influencées par un environnement interne et externe.

A l'interne, la multiplication des acteurs (les ministères ayant des actions de santé, les collectivités locales, les organisations de la société civile, les comités de gestion) nécessite la mise en place de mécanismes de coordination formels. C'est dans ce cadre qu'un accent particulier devra être mis sur la promotion de la multisectorialité, la collaboration avec la société civile et le renforcement du partenariat public-privé. La politique de contractualisation élaborée depuis 2005 devrait davantage aider à opérationnaliser ces partenariats bénéfiques. Il est toutefois nécessaire de mettre en place des outils et des mécanismes pour assurer le suivi de ces partenariats afin d'en garantir l'efficacité recherchée.

A l'externe, la gestion transfrontalière des épidémies relève des organisations régionales et sous régionales telles que la Région Afrique de l'OMS et l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS). La préparation des missions liées aux activités de ces organisations connaît parfois des problèmes qui affectent la qualité de la participation de notre pays. Il s'agit de l'insuffisance de coordination et d'implication des experts qualifiés. En outre, les résultats des missions ne sont pas systématiquement partagés. Or, toutes les opportunités en matière de financement extérieur doivent être exploitées au double plan de la coopération multilatérale et bilatérale.

2.4 Santé et Décentralisation

Dans le domaine de la décentralisation, beaucoup de réformes ont été prises pour aboutir à celle de 1996 qui érige la région en collectivité locale. Un transfert de neuf domaines de compétences, dont la santé, de l'Etat central aux collectivités locales a été effectué. Ainsi, les communes et communautés rurales ont la charge d'assurer le fonctionnement et la maintenance des structures sanitaires qui relèvent de leur aire de responsabilité.

Au cours du PNDS 1998-2007, plusieurs actions ont été initiées pour faciliter l'application des textes sur le transfert de compétences aux collectivités locales en matière de santé. Il s'agit essentiellement d'activités de renforcement des capacités des personnels de santé et des élus. C'est ainsi que deux ateliers ont été organisés sur « Santé et Décentralisation » en partenariat avec l'Union des Associations d'Elus Locaux (UAEL). Par ailleurs, plusieurs sessions de formation ont été organisées sur le terrain sur le même thème. Plus spécifiquement, certains partenaires ont développé des projets afin d'améliorer la gouvernance sanitaire locale. Dans ce cadre, des stratégies ont été mises en œuvre pour initier la planification et la mobilisation des ressources au niveau local.

A la suite de toutes ces expériences, un projet de protocole entre l'UAEL et le ministère de la santé a été même élaboré. Il s'est agi, notamment, de faire face aux difficultés notées dans les relations entre les responsables de la santé et les élus au niveau local. Les rapports souvent difficiles entre ces deux parties prenantes du système au niveau local ont été, entre autres, à l'origine des dysfonctionnements des organes de gestion. Les comités de gestion n'ont pas été installés dans la plupart des cas. Et quand ils le sont, leur niveau de fonctionnalité est resté globalement faible. Par ailleurs, certaines collectivités locales ne libèrent pas la totalité des crédits alloués aux formations sanitaires sous leur tutelle. De l'avis des deux parties, la

décentralisation fait encore l'objet de beaucoup d'incompréhensions entre les professionnels et les autorités locales.

2.5 Performances du secteur

Les objectifs déclinés dans le PNDS 1998-2007 étaient au nombre de trois (3) : (i) Réduire la mortalité maternelle, (ii) Réduire la mortalité infanto juvénile et (iii) maîtriser la fécondité. Au terme de sa mise en œuvre, les résultats suivants ont été enregistrés : le taux de mortalité maternelle est passé de 510/100 000 naissances vivantes en 1992 à 401/100 000 naissances vivantes en 2005 ; le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 150‰ en 1997 à 121‰ en 2005 ; le taux de mortalité infantile de 70,1‰ en 1997 à 61‰ en 2005. L'indice synthétique de fécondité est passé de 6,0 en 1992 à 5,3 en 2005.

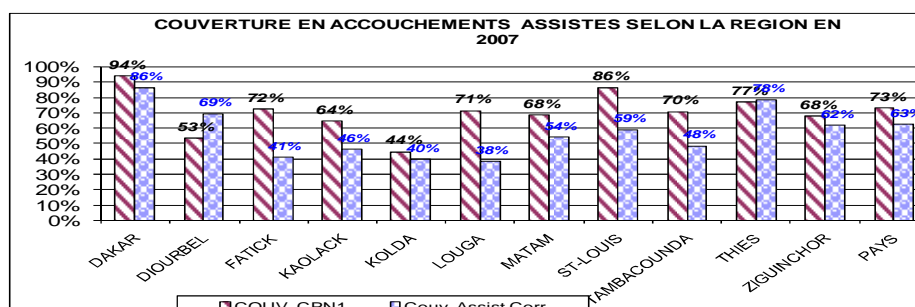
Pour atteindre ces résultats, onze stratégies ont été identifiées et mises en œuvre dont l'accroissement des performances des programmes de santé de la reproduction et le renforcement du contrôle des maladies endémiques et de la surveillance épidémiologique.

En ce qui concerne la santé de la reproduction, l'accent a été mis sur la surveillance de la grossesse, l'assistance par du personnel qualifié pendant l'accouchement et la prise en charge des complications obstétricales et néonatales. C'est ainsi que, selon l'EDS IV, la proportion de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation prénatale auprès de personnel de santé qualifié est passée de 82% en 1997 à 87% en 2005 avec un taux d'achèvement (4 CPN) de 40%. Au cours de la même période, la proportion de femmes dont l'accouchement s'est déroulé en structure sanitaire est passée de 48% à 62% avec 52% d'accouchements assistés par du personnel qualifié. Le taux de césarienne est de 3% inférieur au seuil de 5% recommandé dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle. Cette situation s'explique par l'insuffisance de blocs opératoires fonctionnels dans les centres de santé qui rendent encore inaccessibles les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes (SONUC). La planification familiale connaît une progression lente, passant de 8,1% en 1997 à 10,3% en 2005 (EDS IV) alors que l'objectif était de 16%. L'absence de maîtrise de la fécondité fait partie des contraintes majeures pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Tous ces indicateurs connaissent des disparités régionales et selon le milieu de résidence, ce qui témoigne de l'inégal accès aux soins. La mortalité maternelle est de 309 pour 100.000 NV en milieu urbain contre 472 en milieu rural (EDS IV). La mortalité infanto juvénile est de 91 pour mille en zone urbaine et 160 pour mille en zone rurale.

Ces disparités sont corrélées aux performances enregistrées selon les régions en ce qui concerne la surveillance de la grossesse et de l'accouchement (Voir graphique ci-après).

Graphique 4 : Couverture CPN et Accouchements assistés selon la région en 2007



Source : Rapport de performances 2007- CDSMT Santé

Dans le domaine de la survie de l'enfant, la mortalité néonatale reste très élevée, ce qui explique l'insuffisance du recul de la mortalité infantile. Plus de la moitié des décès avant 1 an interviennent avant le vingt huitième jour. L'insuffisance de prise en charge des soins post natals participe à l'aggravation de ce phénomène. Moins de 3 femmes sur 10 en ont bénéficié dans les deux jours ayant suivi l'accouchement et une sur 10 entre le septième et le quarante deuxième jour selon l'EDS IV. En outre, la malnutrition contribue pour près de 50% des décès chez les enfants de moins de cinq ans (Lancet, 2005).

Dans un souci de rationalisation et d'intégration des activités dans les formations sanitaires de premier niveau, la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) est mise en œuvre depuis 1998. En fin 2007, plus de 60% des districts ont formé la plupart de leurs agents de santé à la PCIME dont la composante communautaire s'installe progressivement sur l'ensemble du territoire national (55 districts sur 65). Elle couvre les activités du PAIN, les soins à domicile et le recours aux soins précoce. L'enquête PCIME de 2006 confirme que les maladies les plus courantes sont le Paludisme (72%), les IRA (47%) et la Diarrhée (23%) sur fond de malnutrition. Les résultats montrent une prise en charge correcte du paludisme (95%), des IRA (35%) et de la diarrhée (56%), un index de disponibilité des huit médicaments oraux de 0,63 (l'optimum étant de 1).

En ce qui concerne la lutte contre la maladie, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) enregistre, depuis 2001 une performance qui se consolide d'année en année. Ainsi, la couverture au DTC3 est passée de 45,3% en 2001 à 93% en 2007 au niveau national. Ces résultats expliquent, entre autres, le recul des maladies cibles du PEV telles que la rougeole et la Poliomyélite dont le dernier cas remonte à 1998. Les autres priorités de la lutte contre la maladie concernent le SIDA, le paludisme et la tuberculose.

Le Sénégal est cité comme un pays de référence en Afrique dans la lutte contre le SIDA. En effet, la séroprévalence au sein de la population générale est estimée à 0,7% par l'EDS IV (2005). Il faut, toutefois, rappeler que le Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA 2007-2011 a pour objectif de maintenir la prévalence du VIH à moins de 2%. L'épidémie du VIH est de type concentré avec au sein des groupes à risque des taux de prévalence de 20% notamment chez les Travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports avec les hommes. En outre, il existe une féminisation de l'épidémie avec un ratio Femme/Homme de 2,25. Des disparités régionales **sont** également notées avec des prévalences fortes dans les régions de Ziguinchor (2,2%) et de Kolda (2%) d'après l'EDS IV. En 2008, près de 7000 personnes ont bénéficié d'un traitement antirétroviral (ARV) gratuit.

Par rapport au paludisme, la tendance observée à partir de 2001 est plutôt favorable, avec un taux de morbidité qui est passé de 33,6 % en 2001 à 22,25 % en 2007. Quant à la létalité hospitalière, elle est passée de 6,20% en 2006 à 3,36 % en 2007. L'évaluation finale du Plan stratégique 2001-2005, réalisée en 2005, montre une amélioration des taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées entre 2000 et 2005. Ainsi, le taux d'utilisation chez les enfants de moins de 5 ans passe de 1,2% à 18%, et chez les femmes enceintes de 1,7% à 39%. Le taux d'utilisation du traitement préventif intermittent (TPI) à la SP (Sulfadoxine Pyrimétamine) chez la femme est de 47%.

En 2006, l'enquête de couverture réalisée par le Programme national de lutte contre le Paludisme (PNLP) révèle des taux d'utilisation des moustiquaires de 32,6 % chez les femmes

enceintes et de 45,6 chez les enfants de moins de 5ans. La même enquête a montré un taux de couverture en TPI en prise observée de 64,3%.

Pour améliorer le dépistage et la prise en charge des cas, les tests diagnostic rapide sont généralisés à l'ensemble des districts. En outre, les (Artémisinine Combined Treatment) sont rendus disponibles et accessibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans le cadre de la lutte contre la Tuberculose, on note une lente évolution des indicateurs malgré les efforts consentis pour assurer la gratuité du traitement. En effet, en 2006, le taux de détection est estimé à 60% pour un objectif de 70% et le taux de guérison de 76% pour un objectif de 85%. Par ailleurs, nous assistons à un accroissement des cas multi résistants aux anti-tuberculeux majeurs.

En ce qui concerne les Maladies Tropicales Négligées (MTN), il convient de souligner que l'Onchocercose n'est plus un problème de santé publique au Sénégal. Toutefois, la prévalence encore élevée dans certains pays de la sous région constitue une menace d'une ré infestation. Pour le ver de Guinée, la certification de l'interruption de la transmission par l'OMS a été faite depuis mars 2004. Il importe, toutefois, de renforcer la surveillance épidémiologique surtout celle à base communautaire. Dans le cadre de la lutte contre le trachome, 2^{ème} cause de cécité après la cataracte, le traitement de masse par l'Azithromycine ainsi que la chirurgie du trichiasis ont démarré depuis 2004 dans les régions prioritaires. Quant à la bilharziose, des campagnes de traitement de masse au Praziquantel ont été initiées dans le cadre du Projet de Lutte contre les Maladies Endémiques (PLCME) depuis 1997. Le seuil d'élimination de la lèpre de 1 pour 10000 est atteint depuis une dizaine d'années (il est aujourd'hui à 1 pour 25 000).

Les maladies à potentiel épidémique, en particulier le choléra, connaissent depuis 2004 une recrudescence avec une tendance endémique. Les principaux déterminants dans les zones d'apparition du choléra sont liés aux problèmes d'assainissement, aux difficultés d'accès à l'eau potable et les mauvais comportements individuels et collectifs. La multiplicité des déterminants requiert la mise en œuvre d'une approche multisectorielle pour asseoir une stratégie de lutte efficace et durable. Celle-ci devrait davantage s'articuler autour de la promotion de la santé dont le caractère transversal est mieux pris en compte face au défi de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

Au cours des trois dernières années du PNDS 1998-2007, une attention particulière a été accordée aux maladies non transmissibles. A cet effet, un accent particulier a été mis sur celles qui posent des problèmes de prise en charge en termes de coûts, même si les interventions restent encore timides. C'est ainsi qu'est née la notion de maladie chronique à soins coûteux. Sont rangés dans cette rubrique, le cancer, l'insuffisance rénale et le diabète. Ces maladies de plus en plus fréquentes dans toutes les couches de la population constituent des causes de basculement des ménages dans la pauvreté. L'enquête sur la prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles avec l'OMS (enquête « STEPS ») devrait permettre d'orienter les stratégies dans le sens de la prévention de ces maladies dont les soins sont onéreux.

2.6 Leçons apprises du PNDS-1998-2007

Les résultats de l'analyse des performances du PNDS 1998-2007 abordés plus haut indiquent clairement que des progrès ont été réalisés dans différents domaines, surtout ceux en relation avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cette analyse montre,

néanmoins, qu'il reste beaucoup d'efforts à fournir pour atteindre les OMD à l'horizon 2015. Les principales leçons apprises au terme de la mise en œuvre de ce plan sont résumées ci-après :

- L'approche sectorielle a permis d'améliorer la mobilisation de ressources au profit du secteur et la lisibilité des interventions des partenaires au développement; l'aide extérieure pourrait toutefois être plus efficace si les différentes parties concernées s'engagent davantage dans une ferme volonté d'améliorer la coordination des interventions.
- Le suivi de la mise en œuvre du PNDS a été rendu difficile par l'absence d'un plan de suivi évaluation et le manque de corrélation forte entre ses indicateurs d'impact et les indicateurs d'effets et de processus des différents plans opérationnels.
- Le cadre de mise en œuvre du PNDS a manqué de cohérence et de précision sur le rôle des différents acteurs, ce qui a été à l'origine de plusieurs dysfonctionnements tels que le non respect des délais de livraison des plans opérationnels annuels, le manque de description des procédures de validation de ces plans et l'insuffisance des financements mobilisés pour leur mise en oeuvre.
- L'absence d'un plan de réalisation des infrastructures et des équipements a été à l'origine des difficultés rencontrées dans la maîtrise des délais des travaux de construction/réhabilitation. Il convient de se doter de ces outils et d'élaborer un plan de maintenance et de renouvellement/réhabilitation des équipements et infrastructures en cohérence avec la carte sanitaire qui doit être rendue opérationnelle.
- La création de la Direction des Ressources Humaines et les efforts fournis en matière de formation n'ont pas suffi pour améliorer la couverture en personnel de santé. Cette situation s'explique essentiellement par l'absence d'un plan de développement des ressources humaines intégrant des mesures efficaces pour améliorer la gestion et fidéliser le personnel. Il importe, par conséquent, de mettre en place une politique des ressources humaines.
- L'attention qui devait être accordée à la prise en charge des groupes vulnérables, en rapport avec la stratégie de lutte contre la pauvreté, est restée insuffisante et ce n'est qu'au cours des dernières années que des initiatives de subvention ont été prises, mais sans réellement profiter aux maladies chroniques à soins coûteux qui constituent pourtant un lourd fardeau pour les ménages sénégalais.
- L'absence de critères d'allocation des ressources a été à l'origine de disparités dans le financement des programmes et des différents échelons de la pyramide. Les services centraux ont plus profité de ces financements alors que la priorité devait être accordée aux soins de santé de base qui sont plus aptes à faire évoluer favorablement les indicateurs de morbidité et de mortalité.
- L'implantation de blocs opératoires au niveau des centres de santé rendant disponibles les SONUC (soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets) a contribué à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Elle devrait être élargie à l'ensemble des centres de santé de référence pour une meilleure intégration des programmes de lutte contre la mortalité du nouveau-né et la mortalité maternelle.
- La prise en charge insuffisante de la composante néonatale a été à l'origine de l'inefficacité constatée dans la lutte contre la mortalité infantile qui a également souffert de l'insuffisance de la mise en œuvre d'initiatives communautaires.
- La mise en œuvre du CDSMT à ses débuts, en 2006, a montré ses limites, essentiellement du fait du manque de préparation des responsables du ministère de la santé. Il s'y ajoute la persistance du sentiment largement partagé à l'époque qu'il s'agit juste d'un exercice intellectuel qui n'apporte pas de changement dans la façon

de conduire la préparation, l'arbitrage et le vote du budget. Depuis 2007, la tendance est inversée après les efforts consentis en matière de sensibilisation et de formation des acteurs. Le CDSMT constitue, aujourd'hui, l'outil de mise en œuvre du PNDS.

- Le partenariat qui a été initié avec les Organisations non gouvernementales (ONG) a été jugé appréciable par les deux parties même si les résultats escomptés n'ont pas été atteints du fait essentiellement de l'insuffisance de capacités des ONG dont les projets ont bénéficié de financements à travers le PDIS. L'expérience peut être améliorée si le partenariat MSP-ONG inclut le renforcement des capacités de ces dernières dans la formulation et la gestion de projets ainsi que dans le domaine du suivi et l'évaluation.
- L'apport du privé en matière de santé aurait pu être plus important si ce secteur était bien impliqué, la politique de contractualisation mise en œuvre et des cadres formels de collaboration Public – Privé créés et rendus fonctionnels.
- La culture du « rendre compte » tarde à entrer dans les consciences au niveau des responsables du ministère de la santé. Des actions énergiques sont nécessaires pour corriger cette insuffisance, notamment, en systématisant les contrats de performance à tous les niveaux tout en veillant à ce qu'ils soient suivis d'effets. Le renforcement des capacités locales pour rendre effectif le contrôle citoyen est nécessaire, à cet effet. L'amélioration de la gouvernance sanitaire, surtout au niveau local, est un levier efficace sur lequel il faut s'appuyer pour améliorer les performances.
- L'insuffisance de moyens mis en œuvre pour la prise en charge des groupes vulnérables, en particulier, les pauvres.

3. Enjeux et défis

Le plan national de développement sanitaire, 2009-2018, présente la particularité de mener à l'échéance de 2015, rendez-vous important de l'agenda international du développement. Or, les gaps sont encore importants pour la réalisation des OMD-santé notamment en matière de santé maternelle et infantile. L'accélération de la réalisation de ces OMD constitue donc l'un des défis majeurs du plan. L'importance des efforts à fournir pour atteindre ce résultat nécessite toutefois un recadrage institutionnel rigoureux, l'opérationnalisation de la carte sanitaire, la mobilisation de ressources adéquates, une bonne politique d'allocation de ressources et la culture de la performance.

Malgré les efforts fournis pour l'amélioration de l'accès, il existe toujours des barrières quant à l'accès des pauvres aux services de santé. Il y a des risques que l'atteinte des objectifs du PNDS 2009-2018 soit compromise, si cette situation persiste. Il faudra, par conséquent, veiller non seulement au renforcement de l'offre, mais aussi et surtout à la solvabilité de la demande et à l'adoption d'une stratégie volontariste de promotion de la multisectorialité.

La volonté politique renouvelée de mettre la prévention au début et à la fin de l'action sanitaire tarde à être concrétisée à travers des programmes opérationnels. Il en résulte la persistance de comportements défavorables à la santé. En témoignent le choléra devenu endémique, la vaccination qui tarde à devenir un réflexe chez les populations, le faible taux de prévalence contraceptive, le retard noté dans la première consultation prénatale, la fréquence des accouchements à domicile, la négligence des consultations postnatales, la faible proportion des enfants bénéficiant de la surveillance de la croissance, l'accroissement des maladies cardiovasculaires, du diabète, etc. Cette tendance devrait être inversée avec une politique de promotion de la santé qui mettra particulièrement l'accent sur le suivi de la croissance des enfants, la promotion de comportements et de modes de vie sains.

Les populations rurales accèdent difficilement aux services de santé surtout les services spécialisés car dans ce domaine, les structures de référence sont implantées à Dakar et au niveau des capitales régionales. Le coût de la prise en charge déjà élevé est majoré par les frais liés au déplacement et à l'hébergement, ce qui le rend insupportable pour la plupart des ménages. La démocratisation de l'accès aux soins constitue ainsi un défi de taille du PNDS 2009-2018. La mise à disposition d'une offre de soins minimale par région et la répartition spatiale judicieuse des moyens de diagnostic et de traitement garantiront plus d'équité dans la prise en charge. Dans cette perspective, le relèvement du plateau technique des centres de santé pour les élever au rang d'hôpitaux de district est à l'ordre du jour. En outre, le PNDS 2009-2018 devrait être l'occasion d'implanter progressivement un hôpital de niveau 3 dans chaque chef lieu de région. La carte sanitaire devra, à cet effet, être révisée pour être plus ambitieuse et permettre ainsi une distribution des prestations de manière plus équitable.

D'autres défis majeurs du PNDS 2009-2018 sont la persistance du déficit en ressources humaines de qualité et la mauvaise répartition du personnel. L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de développement des ressources humaines et la consolidation des acquis en matière de motivation particulièrement des personnels travaillant dans les zones difficiles sont incontournables dans la situation actuelle.

Les populations se plaignent fréquemment de l'accueil et de la qualité des services de santé, sans compter les coûts de prise en charge jugés inaccessibles. Dans la production et la distribution des prestations sanitaires, une considération accrue devra être accordée à l'appréciation des usagers afin de corriger les manquements et garantir une utilisation accrue des services et justifier ainsi la pertinence de l'allocation des ressources. Pour ce faire, le système d'information devra fournir des données qui renseignent sur l'appréciation des prestations sanitaires par les usagers.

La protection des groupes vulnérables constitue une priorité de la stratégie de réduction de la pauvreté. A ce propos, le secteur de la santé doit relever le défi de garantir l'accès aux soins pour les populations démunies. Les initiatives de subvention et de gratuité des prestations prises au cours du précédent PNDS seront, par conséquent, mieux administrées pour garantir leur pérennité. La mise en place d'un système de couverture médicale universelle constitue à, cet égard, une priorité.

4. Vision et objectifs

4.1 Vision

Le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif.

4.2 Objectifs Sectoriels

La mise en œuvre de ce plan s'inscrit dans l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux en matière de santé notamment les objectifs du DSRP et des OMD. Il s'agit plus spécifiquement de :

- (i) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et Infanto juvéniles.
- (ii) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie
- (iii) Renforcer durablement le système de santé
- (iv) Améliorer la gouvernance du secteur de la santé

5 Orientations stratégiques

Conformément à la vision et aux objectifs, les stratégies d'intervention au cours des dix prochaines années seront véritablement tournées vers la réalisation du bien-être des familles sénégalaises par l'amélioration de la qualité de l'offre de services. Cette orientation majeure passe par un système de santé accessible à tous, avec des collectivités locales et des agents de santé responsables et qui rendent compte, des populations organisées qui participent et contrôlent, des partenaires techniques et financiers qui s'alignent aux priorités nationales. Les principes qui vont guider la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 sont la participation, la multisectorialité, la transparence, la solidarité, l'équité et le genre.

Les onze orientations stratégiques suivantes ont été retenues dans ce cadre :

- pour l'atteinte du premier objectif sectoriel : (i) Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles ;
- pour l'atteinte du deuxième objectif sectoriel : (ii) Amélioration de la Promotion de la santé, (iii) Renforcement de la prise en charge de la maladie et (iv) Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
- pour l'atteinte du troisième objectif sectoriel : (v) Développement des ressources humaines, (vi) Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance, (vii) Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux, (viii) Renforcement du système d'information et de la recherche en santé ;
- pour l'atteinte du quatrième objectif sectoriel : (ix) Promotion de la gestion axée sur les résultats, (x) Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière et (xi) Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

5.1 Accélération de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infanto juvéniles

La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infanto juvéniles, en raison de son impact sur le développement du pays, constitue le défi majeur dans le présent PNDS. Dans cette perspective, l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet intégré d'interventions de qualité pour le couple mère/enfant passera par un accroissement de la couverture sanitaire notamment en zone rurale. C'est ainsi que tous les hôpitaux de district

auront un bloc chirurgical pour les besoins de césariennes et que toutes les maternités des postes de santé des chefs lieux de communauté rurale devraient être dotées d'une sage-femme. La PCIME, et la Santé Péri-néonatale devront faire l'objet de paquets d'interventions à base communautaire pour compléter ce dispositif. Au niveau communautaire, il s'agira d'accélérer le passage à l'échelle des initiatives et expériences communautaires réussies dans le cadre de la survie de l'enfant et de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

Le paquet d'intervention spécifique à la santé de la mère et du nouveau-né comprend au moins : (i) la relance de la planification familiale, (ii) la couverture adéquate en CPN de qualité dans tous des districts, (iii) le dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes, (iv) la généralisation de l'assistance à l'accouchement avec l'utilisation accrue du partogramme, de la césarienne et de la disponibilité du sang, (v) les soins essentiels du nouveau-né, (vi) la couverture adéquate en consultation post natale, (vii) les soins appropriés pour les petits poids de naissance, (viii) la prophylaxie ARV chez les femmes séropositives.

Après un an, l'accent sera mis sur la promotion d'un régime alimentaire suffisant et varié, comportant les micronutriments nécessaires, la promotion de modes de vie sains, la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge des maladies infectieuses et parasitaires comme le paludisme, la tuberculose et les infections respiratoires.

En ce qui concerne les adolescents, le paquet de services devrait être disponible dans les structures de santé pour éviter toute stigmatisation et comprendre au moins : la prévention des grossesses précoces, la prévention et le dépistage volontaire des Infections Sexuellement transmises (IST) et de l'usage de substances nocives (alcool, tabac, drogues). La prise en charge du paquet minimum SR sera introduite dans les curricula des écoles de formation de base, Facultés de Médecine, écoles de sage-femme et d'infirmiers et personnel social.

Pour que toutes ces stratégies permettent de résorber les gaps importants notés dans la réalisation des OMD, il est nécessaire d'assurer une meilleure coordination entre les services responsables de la gestion de la santé de la mère du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Il importe, également, de promouvoir la multisectorialité dans la prise en charge du couple mère-enfant, d'accroître les ressources financières allouées aux programmes SR et de sécuriser l'approvisionnement suffisant en produits SR et médicaments traceurs de la PCIME. En outre, un accent particulier devra être mis dans les régions difficiles où les indicateurs sont les moins performants.

5.2 Amélioration de la Promotion de la santé

La promotion de la santé, en plus de la diffusion des connaissances, met l'accent sur les facteurs facilitant et de renforcement que sont l'apprentissage, la motivation, la participation et la responsabilisation des individus. Elle insiste également sur la nécessité de créer un environnement socioculturel, politique, économique, fiscal et législatif favorable pour accompagner le développement sanitaire et lutter contre les inégalités en matière de santé.

L'adoption de cette stratégie se justifie amplement au regard des indicateurs de morbidité et de mortalité liés aux maladies transmissibles et non transmissibles. Les axes majeurs sont définis en fonction des phénomènes de l'urbanisation galopante, de la promiscuité, de la pollution et d'autres risques environnementaux ainsi que les facteurs comportementaux liés au mode de vie. Il s'agit d'assurer le plaidoyer auprès des décideurs, de mobiliser les

bénéficiaires, les acteurs et les partenaires pour investir dans la prise de conscience des facteurs de risque et les mesures préventives en faveur de la santé.

Il est attendu de cette stratégie plus de responsabilité des populations dans la prévention de la maladie, l'acquisition de comportements favorables à la santé et leur adhésion à la politique de santé. Des initiatives de financement alternatif tel que le renforcement des mutuelles de santé, de l'assurance et l'avènement de toute autre initiative d'accès aux soins des pauvres et couches vulnérables seront également mises en œuvre.

5.2.1 Renforcement institutionnel du service en charge de l'éducation, de l'information pour la santé

Ce service, maître d'œuvre de la mise en place du plan stratégique national de promotion de la santé, a un rôle de premier plan à jouer dans l'impulsion, la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions ainsi que le renforcement des capacités des acteurs. Pour lui permettre de remplir sa mission, il est nécessaire de le renforcer en ressources humaines, en équipements et logistique.

Il participera activement à l'animation des structures et mécanismes qui devront être mis en place. L'objectif est d'assurer le pilotage et la coordination des actions en raison du nombre élevé et la diversité des intervenants à impliquer à tous les niveaux. Il lui reviendra d'assurer la documentation, le partage, la capitalisation et la mise à l'échelle de bonnes pratiques et des expériences réussies en promotion de la santé.

Il s'agira, pour ce service, de créer les conditions d'un partenariat dynamique avec les médias, le secteur privé et les organisations de la société civile et de construire les alliances nécessaires. Il sera chargé d'élaborer un paquet d'interventions et développera des outils et des supports pour appuyer la lutte contre les comportements défavorables à la santé. L'appui de la recherche en santé sera nécessaire pour étudier, entre autres, les déterminants socio comportementaux en santé, les perceptions des populations sur l'offre de santé et l'impact des médias dans la promotion de la santé.

5.2.2 Partenariat avec les décideurs

Le partenariat et la construction d'alliances permettront de développer des programmes de promotion de la santé au niveau des décideurs politiques, économiques et sociaux et d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'actions en faveur de la santé. Dans ce cadre, un partenariat dynamique devra être noué avec les réseaux des parlementaires spécialisés, les organisations patronales, les partenaires sociaux, les Universités, les Institutions spécialisées, la société civile et les organisations régionales et sous régionales.

Il est nécessaire de mettre en place un cadre de réflexion, de concertation et de collaboration inter et multisectorielle pour l'identification et le contrôle des principaux déterminants de la santé, ainsi que la conception de politiques publiques en faveur de la santé des populations.

Sur le plan politique, des actions de plaidoyer seront menées auprès des décideurs politiques, des parlementaires, des élus locaux et des responsables du secteur public. Elles devront se traduire par la mise en œuvre de politiques d'intérêt général, la prise de mesures de protection de l'environnement et de la santé individuelle et collective.

Sur le plan économique et fiscal, les efforts attendus de l'Etat, de ses démembrements et des partenaires portent sur le renforcement du financement de la santé, en particulier sur les programmes sectoriels ayant des incidences positives sur la santé ainsi que l'adoption de mesures incitatives au profit du secteur.

Sur le plan législatif, l'Etat, à travers les textes législatifs et réglementaires, renforcera son rôle de régulateur et accordera une attention particulière à la circulation des biens et des personnes, à la sécurité de l'environnement, à la stigmatisation et la discrimination. Les questions liées au genre, l'équité, les risques professionnels et l'extension de la protection sociale seront pris en compte. Il en sera ainsi de la publicité, la fabrication et la commercialisation de produits industriels, pharmaceutiques et alimentaires.

5.2.3 Partenariat avec la communauté

Il s'agira, en collaboration avec les communautés, de mettre en place les mécanismes et cadres permettant d'assurer leur participation, adhésion et responsabilisation dans la mise en œuvre et l'évaluation des activités. L'appropriation des objectifs de santé par les leaders sociaux et la communauté jouera un rôle important dans la prévention et la prise en charge des maladies. L'analyse situationnelle participative, le renforcement de capacités, la médiation et le recours aux ressources physiques et intellectuelles de la communauté en seront les principales composantes.

Sur le plan socioculturel, les valeurs et pratiques sociales positives seront renforcées et mises à contribution pour la protection et l'amélioration de la santé. Les pratiques néfastes seront ciblées par des programmes de recherche socio comportementale, d'éducation et de sensibilisation en vue de leur abandon.

Il sera tiré un plus grand profit de toutes les opportunités existantes tels que les organisations communautaires de base, les associations de relais polyvalents, les ONG, les associations de jeunes, les leaders communautaires, les notables, le milieu scolaire, les média publics, privés ainsi que des radios communautaires. Ces partenaires seront mobilisés et organisés en réseaux et alliances en faveur du renforcement des connaissances, du développement des compétences de vie chez les populations et de l'installation précoce de comportements positifs chez les enfants et adolescents ainsi que la valorisation de milieux de vie sains.

5.3 Renforcement de la prise en charge de la maladie

Le défi à relever en matière de prise en charge de la maladie est l'amélioration de l'accès aux traitements efficaces sur la base d'une répartition équitable des formations sanitaires à travers le pays. Dans ce cadre, seront ciblées celles offrent les soins spécialisés et garantissent une offre minimale de soins par région seront particulièrement ciblées. La stratégie de prise en charge comprend quatre (04) volets : (i) le renforcement du contrôle des maladies prioritaires (maladies transmissibles & maladies non transmissibles), (ii) la déconcentration de la prise en charge de la maladie en mettant l'accès sur les SONU et les maladies chroniques à soins coûteux, (iii) une meilleure gestion des urgences avec un système de référence contre référence fonctionnel, (iv) et l'amélioration de la performance des hôpitaux.

Dans le cadre du renforcement de la prise en charge de la maladie, il est attendu un meilleur accès à des soins de qualité. Le Programme National Qualité (PNQ) sera, à cet effet, rendu opérationnel. Des normes de fonctionnalité par niveau seront établies, diffusées et feront

l'objet d'une évaluation périodique prenant en compte l'avis des usagers. Le programme de lutte contre les infections nosocomiales sera renforcé et mieux intégré. La qualité, l'hygiène et la sécurité de la prise en charge seront garanties à tous les niveaux de la pyramide.

5.3.1 Renforcement du contrôle des maladies prioritaires

5.3.1.1 Maladies transmissibles

Pour une bonne prévention et un contrôle des maladies transmissibles, les axes prioritaires des programmes vont s'articuler autour de :

✓ La détection précoce et réponse efficace contre les épidémies :

Il s'agira, d'abord, d'étendre et rendre opérationnels les circuits d'information (routine et urgence) pouvant permettre la détection rapide de tout événement morbide. Dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi des activités de riposte aux épidémies et pour améliorer les performances, il sera mis en place un Comité National Multisectoriel de Coordination, un fonds national pour la gestion des épidémies. Il sera également procédé au renforcement des capacités des laboratoires pour la confirmation rapide des épidémies à tous les échelons de la pyramide sanitaire. La région et le district devront être les points de convergence des fonctions de surveillance et de riposte. Par ailleurs les capacités du service d'hygiène seront renforcées en logistique et effectifs. L'augmentation, en nombre, des personnels d'hygiène est incontournable compte tenu des insuffisances notées sur ce plan au niveau de toutes les régions sans compter le vieillissement de cette catégorie socioprofessionnelle. Des efforts seront faits en matière de recrutement et de formation en relation avec l'ENDSS et le ministère des forces armées.

✓ La lutte contre le Paludisme, le VIH/sida et la Tuberculose

La lutte contre le paludisme devra s'appesantir sur (i) la communication ou le changement de comportements, (ii) l'amélioration du traitement correct et précoce des cas à tous les niveaux, (iii) l'augmentation de la couverture en Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) des cibles prioritaires, en Traitement Préventif Intermittent (TPI) des femmes enceintes et de la pulvérisation intra domiciliaire de tous les districts, (iv) le renforcement du partenariat et de la collaboration multisectorielle.

Malgré l'efficacité reconnue des politiques mises en œuvre par le pays pour lutter contre la pandémie du sida, le maintien de la prévalence à moins de 2% reste une priorité. Dans ce cadre, l'accent doit être mis sur : (i) la promotion des activités de dépistage volontaire, (ii) la promotion des comportements à moindre risque, (iii) la lutte contre la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH, (iv) l'amélioration de la prise en charge globale des Personnes vivant avec le VIH (PVVIH), (v) la disponibilité permanente et en quantité suffisante des ARV(AntiRétroviraux) au niveau de tous les services de prestation, (vi) le ciblage des personnes vulnérables (jeunes, femmes) et la mise en place de services adaptés aux besoins des populations à risque. Pour le cas particulier des régions de Kolda et de Ziguinchor, le niveau de prévalence relativement élevé (environ 3 fois plus que la moyenne nationale) nécessite des initiatives locales pour développer des activités transfrontalières en concertation avec les pays limitrophes.

L'orientation majeure dans la lutte contre la Tuberculose (TB) doit viser (i) une accélération et un renforcement pour un accès universel et gratuit à des services de proximité assurant le diagnostic et le traitement de qualité des patients, indépendamment de la forme de tuberculose et impliquant tous les prestataires du privé et du public, (ii) la prévention et la gestion des patients présentant une co-infection TB/VIH ou une tuberculose multi résistante (MDR TB).

✓ La lutte contre les Maladies tropicales négligées (MTN)

Il convient, certes, de consolider les acquis en matière d'élimination et d'éradication de certaines maladies endémiques (poliomyélite, tétanos néonatal, rougeole, onchocercose, dracunculose), mais aussi et surtout de renforcer la lutte contre les maladies tropicales négligées de façon intégrée en s'appuyant sur des capacités locales renforcées. Les expériences communautaires acquises en matière de surveillance de l'onchocercose et du ver de guinée serviront de base pour l'initiation de nouvelles approches qui impliquent davantage la communauté, notamment dans le contrôle de la bilharziose.

✓ L'Immunisation

Le processus d'intégration des nouveaux vaccins sera poursuivi. La gamme des vaccins offerts dans le cadre du PEV sera élargie de même que la cible.

5.3.1.2 Maladies non transmissibles

Aujourd'hui, le Sénégal fait face à la double charge de morbidité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles. En raison de leur ampleur, des incapacités qu'elles provoquent et de leur prise en charge très coûteuse, les maladies non transmissibles requièrent une attention accrue de la part du Ministère en charge de la Santé.

Les « Maladies non Transmissibles » regroupent habituellement : les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les maladies rénales, le diabète, les maladies mentales. Pour des raisons épidémiologiques, y ont été associées les maladies bucco-dentaires et certaines maladies génétiques comme la Drépanocytose et l'Hémophilie.

La plupart de ces maladies, classées « maladies à soins coûteux » du fait du coût élevé de leur prise en charge, ne sont pas seulement responsables d'un grand nombre de décès. Elles constituent, en outre, un drame individuel et un poids pour la communauté. En effet, les patients qui en sont atteints, devenus en général peu ou pas productifs, seront pris en charge par leur entourage déjà très éprouvé par la pauvreté.

Les stratégies suivantes seront privilégiées : (1) la surveillance épidémiologique avec des enquêtes de prévalence et des études sur les facteurs de risque ; (2) la prévention des maladies chroniques et la communication pour la promotion de comportements sans risque ; (3) le dépistage précoce ; (4) la mise en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de moyens appropriés de diagnostic et de prise en charge correcte et la création de centres de référence fonctionnels (équipements adéquats et personnels qualifiés) pour certaines maladies à soins coûteux.

5.3.2 Déconcentration de la prise en charge

La déconcentration de la prise en charge des maladies constitue un pas important dans la démocratisation de l'accès aux soins. Sous ce registre, le traitement des maladies transmissibles et non transmissibles doit être assuré dans toutes les régions et au niveau périphérique. Il s'agit de prendre un certain nombre de mesures pour rendre disponible l'offre de soins selon la cartographie définie en la matière, d'assurer la qualité de la prise en charge, et de rompre les principales barrières à l'accès aux soins. Dans cette démarche, une attention particulière sera accordée aux maladies chroniques à soins coûteux dont la prise en charge relève de spécialités médicales ou chirurgicales généralement absentes en dehors de Dakar et de quelques chefs lieu de régions. Pour chaque pathologie ciblée, un paquet de services pertinents sera rendu disponible aux différents niveaux de la pyramide. Si l'offre de service en question existe déjà au niveau indiqué, elle sera améliorée au niveau de la qualité et de la disponibilité. Si, par contre, cette offre de service n'existe pas, il sera procédé, soit à son installation, soit à l'organisation de stratégies mobiles périodiques pour atteindre les bénéficiaires. Pour rompre les barrières liées au faible pouvoir d'achat des ménages, des subventions comme celles déjà prises par le département de la santé (promotion des mutuelles de santé, subventions et assurance maladie) seront mises à profit et d'autres formes de solidarité seront explorées.

✓ Maladies transmissibles

Pour le cas spécifique des maladies transmissibles, la stratégie de déconcentration des soins consiste, principalement, au renforcement des approches communautaires. Plus spécifiquement, il s'agit de rendre accessibles au niveau communautaire, (i) le traitement des cas simples de paludisme, de diarrhées et d'infections respiratoires aiguës, (ii) la DOTS (Direct Observed Treatments) chez les tuberculeux et (iii) la distribution communautaire du praziquantel, de l'ivermectine et du mébendazole. Pour le VIH/sida, outre la prévention et la prise en charge des maladies opportunistes, l'extension du traitement ARV au niveau de tous les centres de santé, une expérience pilote de prise en charge au niveau poste de santé sera menée et mise à l'échelle. Le plan d'action annuel et le budget spécifique à chacun de ces volets doivent désormais indiquer les résultats attendus en la matière, les indicateurs de mesure et la part du budget allouée.

✓ Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

La déconcentration de la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales constitue une stratégie déterminante pour la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale qui est au cœur des stratégies mises en œuvre pour atteindre les OMD-santé. Sur ce plan, les efforts qui ont été faits seront renforcés. Les SONU seront étendus à tous les centres de santé de référence qui offriront la césarienne dont le taux relativement faible (3%) devra être augmenté de manière significative. D'autres mesures seront prises en termes de formation des compétents, d'octroi de bourses de spécialisation en gynéco-obstétrique et en anesthésie réanimation ainsi que la prise de mesures incitatives en direction des personnels des centres SONU.

✓ Maladies chroniques à soins coûteux

Concernant les maladies chroniques à soins coûteux, la stratégie de déconcentration cible particulièrement le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, le cancer et la drépanocytose. Le but visé est de rendre le traitement plus accessible au niveau de chaque

région. En effet, la prise en charge de ces malades nécessite une expertise, des moyens de diagnostic et des médicaments spéciaux et coûteux qui, à l'heure actuelle, ne sont disponibles qu'au niveau des centres de référence, tous situés à Dakar. Il s'agira de rendre opérationnelles des unités de soins dans chaque hôpital régional selon un calendrier précis. Pour ce faire, il sera procédé à une évaluation des capacités locales actuelles au double plan des ressources humaines et des équipements. Les résultats de cet état des lieux permettront d'identifier les gaps et d'élaborer un plan d'action pour l'opérationnalisation des unités de traitement en question. Dans un premier temps, les cahiers des charges de ces nouvelles unités pourraient ne pas être identiques au niveau des différents hôpitaux régionaux, compte tenu de leur situation propre.

On devrait cependant tendre vers l'harmonisation au bout de cinq ans. Une cartographie des paquets de services attachés à cette stratégie sera élaborée et régulièrement mise à jour. Les poches identifiées au niveau de la carte de distribution des services feront l'objet de stratégies mobiles à partir des unités opérationnelles les plus proches, au moins en matière de dépistage, selon un protocole défini. La liste des pathologies ciblées par cette stratégie pourrait d'ailleurs être élargie, à terme, en fonction des moyens disponibles. Toutes ces interventions nécessitent une collaboration formelle entre le ministère en charge de la santé et les universités, notamment les départements de diabétologie, de cardiologie, de néphrologie, de cancérologie et d'hématologie.

✓ Maladies mentales

La problématique de la prise en charge des maladies mentales sera mieux étudiée au cours de ce PNDS dans tous ses aspects : social, culturel, médical. Des mesures d'envergure seront prises pour améliorer la prise en charge de la maladie mentale. Il faut, toutefois, noter que les solutions à apporter pour répondre à la plainte récurrente des populations face aux nombreux malades mentaux errants dépassent les compétences du ministère de la santé. Le secteur de la santé a certes un rôle important à jouer dans la prise en charge thérapeutique. Mais bien d'autres secteurs sont concernés. Dans tous les cas, l'option du ministère de la santé et de la prévention de déconcentrer la prise en charge thérapeutique au niveau des régions sera renforcée. Cette option sera prise en compte dans le relèvement des plateaux techniques des formations sanitaires régionales qui seront dotées progressivement d'Unités de Psychiatrie. Des spécialistes seront également formés et mieux répartis sur le territoire national en prenant les mesures incitatives idoines. La collaboration avec la société civile sera renforcée à l'image des centres « Dalal Xeel » de Thiès et de Fatick pour la prise en charge sociale et culturelle des malades.

5.3.3 Meilleure gestion des urgences

Pour une meilleure prise en charge des urgences au Sénégal, le gouvernement du Sénégal a décidé de créer un Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) avec statut d'Etablissement Public de Santé, par Loi numéro 2005-22 du 5 août 2005, régi par le Décret d'application numéro 2005-1271 du 29 décembre 2005 portant organisation administrative et financière du SAMU.

Le Service d'Assistance médicale d'Urgence (SAMU), chargé d'améliorer la prise en charge des urgences dans toute l'étendue du territoire, a pour mission principale d'assurer aux malades, aux blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence

appropriés. Une bonne gestion des urgences nécessite la mise en place d'une logistique commune et indispensable qui regroupe trois (03) éléments :

- un système de communication et d'alerte infaillible couvrant les structures sanitaires, avec un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) au niveau du SAMU ;
- un système d'évacuation et d'accessibilité des patients avec la disponibilité de moyens logistiques médicalisés adaptés à la prise en charge initiale et au transport médicalisé des patients dans les meilleures conditions, vers une structure de santé adaptée ; ces moyens sont terrestres, aériens ou maritimes ;
- des services d'urgence, de réanimation et des blocs opératoires fonctionnels avec un personnel qualifié, un plateau technique adapté et un approvisionnement continu en matériel et consommables au niveau des hôpitaux.

5.3.4 Mise en œuvre d'une politique hospitalière

La situation actuelle des hôpitaux, malgré leur statut d'établissement public de santé, reste préoccupante pour les usagers, le personnel de santé et les autorités sanitaires et politiques. Des efforts importants seront mis en œuvre pour une application correcte de la réforme hospitalière consacrée par la loi n° 98-08 du 12 février 1998. Au besoin, il sera procédé à la réforme de la réforme.

Dans ce cadre, les orientations majeures sont : (i) le renforcement du contrôle et de la régulation par la tutelle, (ii) l'amélioration de la gestion administrative, financière et comptable, (iii) le renforcement de l'offre de soins et services hospitaliers, (iv) l'amélioration de la qualité des services et de la performance, (v) le développement de la communication.

Les perspectives sont la réorganisation de l'offre de services hospitaliers publics et privés aussi bien dans la région de Dakar que dans les autres régions (schémas régionaux et pôles de compétences), la construction d'hôpitaux de niveau 3 dans chaque région (y compris dans les nouvelles), l'érection des centres de santé de référence en hôpitaux de district dans tous les départements du pays. A terme, il y aura un parc hospitalier renforcé, donc, une plus grande accessibilité aux services hospitaliers et un équilibre entre les soins hospitaliers et les soins de santé de base ainsi que des liens fonctionnels de référence contre référence entre ces deux niveaux.

Notre pays évoluera alors vers un système hospitalier mixte avec des formations hospitalières ayant un statut d'EPS et des hôpitaux de district et de région selon le modèle OMS. Toutes ces formations auront une vocation de service public et seront harmonieusement intégrées dans le système national de santé publique.

Les programmes qui seront mis en œuvre dans le cadre de cette stratégie de renforcement de la prise en charge tourneront au tour de : (a) la lutte contre la maladie ; (b) les infrastructures, l'équipement et la maintenance ; (c) les ressources humaines. Il s'agira plus spécifiquement de réduire la charge de morbidité des maladies transmissibles et non transmissibles par des interventions ciblées, de renforcer le maillage du territoire national en infrastructures sanitaires fonctionnelles en faisant en sorte que l'hôpital joue pleinement son rôle de référence, d'assurer la qualité du service par des personnels motivés, en qualité et quantité suffisantes.

5.3.5 Renforcement de l'offre de soins

Service public

L'offre de services publics, s'appuie sur les principes des soins de santé primaires. Elle est basée sur l'organisation pyramidale des structures de santé qui sera renforcé pour aboutir à des services de soins intégrés qui prennent en compte le système d'orientation/recours. La base de la pyramide, représentée par les postes de santé ainsi que le niveau communautaire, offrant essentiellement des services promotionnels, préventifs et curatifs sera renforcé pour améliorer le réseau des postes de santé au niveau dans les districts et les soins essentiels au niveau communautaire et familial. Au niveau intermédiaire, représenté par les centres de santé/hôpitaux de district, il s'agira d'accélérer la mise en place d'équipements et de ressources humaines pour permettre de rendre accessible dans tous les districts des services tels que : le laboratoire ; la radiologie ; la chirurgie ; la gynéco-obstétrique et la pédiatrie. Les liens fonctionnels avec le sommet de la pyramide représenté par les hôpitaux nationaux de référence seront renforcés. La disponibilité d'ambulance sera assurée dans tous les hôpitaux de district, dans tous les centres de santé et dans les postes de santé des communautés rurales pour faciliter le transfert des patients. Le système performant de référence et de contre référence permet l'orientation des malades entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Médecine privée

La médecine privée joue un rôle important dans l'offre de soins pour l'atteinte des objectifs. Aussi faudra-t- il renforcer le partenariat public privé (PPP) par :

- l'identification, l'information et la sensibilisation des différents acteurs sur le PPP ;
- l'élaboration de termes référence définissant les domaines d'intervention, les objectifs, les résultats attendus, la méthodologie et le suivi-évaluation du partenariat;
- la connaissance par les différents acteurs du PPP de la zone concernée, du contenu du document de la politique de contractualisation ainsi que du guide d'opérationnalisation dudit document montrant l'intérêt d'un tel partenariat.

Médecine Traditionnelle

Toutes les actions initialement inscrites dans le PNDS 1 devront être renforcées et consolidées dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 en permettant, entre autres, de :

- 1) reconnaître le rôle des tradipraticiens dans l'itinéraire et le recours des populations et définir leurs droits, devoirs et responsabilités en tant que dispensateurs de soins de santé ;
- 2) règlementer l'exercice de la médecine traditionnelle dans le but de protéger les populations et combattre le charlatanisme.

5.4 Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte

La mise en place d'un système opérationnel de surveillance épidémiologique s'avère nécessaire pour assurer notamment la prévision et la détection précoce des épidémies. Elle est

également importante pour le contrôle et l'évaluation des programmes de prévention et de lutte contre la maladie.

Le Sénégal, à l'instar des autres pays membres de la région Afrique de l'OMS, a adopté la stratégie régionale de surveillance intégrée de la maladie. Le système qui sera mis en place intégrera de façon harmonieuse les sous systèmes de surveillance existants pour des besoins spécifiques liés à la gestion de certains programmes de lutte contre la maladie. Les maladies ciblées par le système sont celles qui ont un potentiel épidémique et les maladies qui font l'objet de programme de contrôle, d'éradication et d'élimination. La surveillance intégrée doit être renforcée sur le plan institutionnel, méthodologique et logistique.

Pour permettre au service en charge de l'information sanitaire d'avoir un leadership efficace, il faudra, sur le plan institutionnel, créer les cadres de collaboration avec les autres services impliqués dans la surveillance. Il faudra aussi veiller à la mise en place de comités multisectoriels au niveau central et de chaque région pour les activités de surveillance épidémiologique et de riposte.

Sur le plan méthodologique, la formation des personnels ciblés se fera sur la base d'un module intégré selon les différents niveaux de responsabilité. En particulier, le développement des capacités va être centré sur le district sanitaire qui est le point de convergence de l'intégration des fonctions de surveillance épidémiologique.

Sur le plan logistique, les moyens qui seront affectés à la surveillance épidémiologique devront être utilisés pour tous les besoins liés à la collecte des informations, au prélèvement et à l'examen sans discrimination par rapport aux maladies ciblées.

D'autres mesures seront prises pour renforcer cette intégration. La communauté sera impliquée dans la détection et la référence des cas suspects. Les acquis en matière d'intervention à base communautaire seront consolidés et utilisés dans le cadre de la surveillance. Des outils et des procédures adaptés à la communauté seront développés pour les besoins d'encadrement et de supervision par les techniciens sanitaires locaux.

Par ailleurs, le partenariat se fera avec les instituts de formation, le réseau des laboratoires et concernera les domaines de la formation, de la confirmation diagnostique, de l'encadrement des techniciens de laboratoires et de la participation aux programmes de recherche. Il pourra également être étendu à toute institution publique, parapublique ou privée dont l'intervention peut apporter une valeur ajoutée au processus de surveillance.

Il est attendu de la mise en œuvre de la stratégie, la fourniture à temps de données fiables permettant de mieux prévoir, prévenir, détecter et maîtriser, dans les délais acceptables, les maladies, notamment, celles à potentiel épidémique. Il s'agira, surtout, de réduire considérablement la morbidité et la mortalité imputables aux maladies prioritaires.

5.5 Développement des ressources humaines

L'ampleur de la tâche est illustrée par le déficit important en personnel médical et paramédical en 2008 décrit dans la carte sanitaire : 88 chirurgiens généralistes, 40 anesthésistes réanimateurs, 79 gynécologues-obstétriciens, 94 pédiatres, 38 cardiologues, 62

médecins compétents SONU, 148 techniciens supérieurs de santé, 3433 infirmiers et 968 sages-femmes d'Etat.

Le développement des ressources humaines visera principalement à assurer, aux différents niveaux, la disponibilité en ressources humaines en quantité et en qualité suffisantes pour assurer le bon fonctionnement des divers services de santé. Un accent particulier sera mis sur les zones périphériques et difficiles¹ avec des mesures incitatives pour fixer le personnel. Pour ce faire, le ministère devrait d'abord disposer d'un plan de développement des ressources humaines intégrant le plan de carrière et de mobilité du personnel. Ce plan prendra en compte toutes les catégories socioprofessionnelles, notamment les planificateurs, les gestionnaires, les statisticiens, les personnels d'hygiène, les travailleurs sociaux et les agents de maintenance. Au besoin, la disponibilité en ressources humaines qualifiées sera renforcée par le biais de la politique de contractualisation.

L'amélioration de la Gestion des Ressources Humaines (GRH) se fera à travers la décentralisation, l'informatisation et la mise en place d'un Observatoire national des Ressources Humaines. La production de ressources humaines en santé sera améliorée par le renforcement des écoles publiques de formation existantes (Ecole nationale de Développement sanitaire et social et sept Centres régionaux de Formation en Santé) et la collaboration avec les Facultés de Médecine et les écoles privées.

La qualité et le développement de formations initiales adéquates passent par « l'Approche par les Compétences » et la révision régulière des curricula. Chaque région disposera d'un Centre régional de Formation en Santé (CRFS) qui, en plus de la formation initiale, participera à la décentralisation de la formation continue. La prise en compte de l'intervention sociale mettra l'accent sur la sécurité des agents et leur prise en charge médicale intégrale dans les situations particulièrement difficiles. En outre, le dialogue social avec les partenaires sociaux sera permanent.

5.6 Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance

5.6.1 Infrastructures et Equipements

Ce deuxième plan décennal doit intensifier le maillage en structures sanitaires mais surtout veiller à leur bonne répartition. C'est ainsi que le plateau technique de chaque centre de santé de référence, de chaque district sanitaire sera relevé pour être érigé en hôpital de district.

Les nouvelles régions créées seront dotées d'un hôpital de niveau 3 pour commencer à mettre en œuvre l'option qui a été prise de relever en hôpital de niveau 3 tous les hôpitaux des chefs lieux de région. La stratégie consistera à installer les nouvelles infrastructures de façon évolutive et de procéder à des extensions adéquates au niveau des hôpitaux de niveau 2.

Les chefs lieux d'arrondissements qui n'abritent pas de district sanitaire disposeront d'un centre de santé secondaire. Chaque chef-lieu de communauté rural disposera d'un poste de santé. Les postes de santé seront systématiquement dotés de maternité et de logements pour l'infirmier chef de poste et la sage-femme.

¹ Zones enclavées et/ou difficile d'accès, éloignée de Dakar, sans continuité scolaire et sans infrastructures

Un plan d'équipements et d'infrastructures intégrant les nouveaux besoins et les renouvellements de l'existant sera élaboré et mis en œuvre en tenant compte des normes en vigueur. Des efforts seront également menés dans le sens de l'acquisition de gros équipements par pôle à travers le pays dans le cadre de la décentralisation des soins.

5.6.2 Maintenance

La réalisation de ces infrastructures et équipements sera sous-tendue par le renforcement du système de maintenance par la mise en œuvre de la Politique Nationale de Maintenance des Infrastructures et des Equipements. Pour cela, le processus de mise en place des structures de maintenance décentralisées va se poursuivre par la création de :

- Service technique de Maintenance (STM) au niveau des hôpitaux ;
- Bureau Régional de Maintenance (BRM) au niveau des régions médicales ;
- Unité Technique de Maintenance (UTM) au niveau des districts.

Ce PNDS permettra, entre autres :

- Le développement des innovations technologiques dans les structures de santé (Télémédecine, radiologie numérique, etc.) ;
- La mise en place des normes en infrastructures et équipements des structures de santé suivant le niveau dans la pyramide sanitaire.

5.7 Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux

La politique pharmaceutique nationale vise l'accessibilité financière et géographique à des médicaments de qualité. Elle repose essentiellement sur une réglementation pharmaceutique forte, un approvisionnement régulier en médicaments et produits de qualité et la promotion et le renforcement de la production locale.

Pour un bon suivi de la mise en œuvre de cette politique, un cadre institutionnel cohérent sera mis en place pour une meilleure coordination. Les stratégies suivantes seront dégagées : (i) mise en place d'un système d'assurance qualité reposant sur l'homologation, le contrôle qualité et la pharmacovigilance ; (ii) mise en place d'un dispositif législatif et réglementaire adéquat ; (iii) approvisionnement régulier en médicaments et produits de qualité, y compris les médicaments traditionnels améliorés (MTA) et révision du statut de la Pharmacie nationale d'Approvisionnement (PNA) pour lui permettre de participer à la production ; (iv) incitation du secteur privé à renforcer la production locale ; (v) promotion des médicaments essentiels génériques ; (vi) lutte contre le marché illicite des médicaments ; (vii) renforcement des activités de laboratoires.

5.8 Renforcement du système d'information et de la recherche en santé

5.8.1 Renforcement du Système d'information

L'organisation actuelle du système d'information sanitaire n'assure pas une collaboration soutenue entre les sous systèmes existants. Dans tous les cas, toutes les données essentielles

doivent être disponibles et à temps au niveau du service en charge de l'information sanitaire. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place un dispositif de stockage fonctionnel et une coordination des acteurs.

Pour atteindre ces différents résultats, les mesures suivantes seront prises: (i) l'élaboration de la politique d'information sanitaire avec une vision et des objectifs clairs prenant en compte la nécessité d'une meilleure coordination de tous les sous systèmes et de la décentralisation au niveau régional ; (ii) la définition d'un cadre juridique permettant d'exiger des sous systèmes et du secteur privé leur collaboration ; (iii) la dotation du service en charge de l'information sanitaire de moyens adéquats en rapport avec sa mission ; (iv) le renforcement des capacités par la mise en place d'une équipe multidisciplinaire ; (v) la création d'un centre de documentation ; (vi) le renforcement de la collaboration avec l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) en vue de bénéficier de son expertise, d'élargir le champ de diffusion des données sanitaires et de participer au développement du Système Statistique National.

5.8.2 Développement de la Recherche en santé

La recherche en santé doit être plus qu'un levier d'anticipation sur les nouveaux défis et enjeux futurs en matière de santé. Elle devra surtout être un moyen de validation des initiatives de prise en charge des problèmes de santé. Il s'agira, entre autres, de réorganiser et renforcer la structure chargée de la recherche en santé et le Comité National d'Ethique de la Recherche en Santé. Il conviendra, en priorité, de développer les capacités de recherche, de mettre en place un système national de recherche en santé avec l'implication des Universités, des Instituts et structures de recherche pour la santé. Pour le renforcement des partenariats, l'accent sera mis sur la coopération internationale, la promotion de la coopération Sud Sud et l'implication des partenaires locaux de la recherche pour la santé.

Par ailleurs, il sera élaboré un plan stratégique de mise en œuvre de la recherche en santé qui prendra en compte les besoins de communication et d'utilisation des résultats. Pour le financement du secteur, il convient de reconduire le Fonds d'impulsion de la recherche en santé initié lors du PNDS 1998-2007.

5.9 Promotion de la gestion axée sur les résultats

Le but visé par cette stratégie est d'asseoir, de façon durable, une gestion efficace et coordonnée du secteur basée sur la transparence. Il s'agit de créer les conditions favorables à une participation effective des acteurs concernés. Cela passe par un partage équitable des ressources et des informations, une distribution des services sans discrimination.

La coordination sera renforcée à tous les niveaux en améliorant la communication interne. Un effort particulier sera fait pour le suivi des réformes et des initiatives de politique. Le défi à relever à ce niveau est d'assurer l'application des textes en vigueur et la mise en œuvre des directives, circulaires et mesures prises pour l'amélioration de la gestion du secteur. Il sera procédé, systématiquement, à l'évaluation des réformes de façon concertée avec toutes les parties prenantes. Les cadres de collaboration formels avec les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), collectivités, les autres départements ministériels, le secteur privé, les organisations de la société civile, les associations de consommateurs, les Universités et les autres institutions de formation. Ces structures feront également l'objet d'évaluations périodiques en vue d'améliorer leur fonctionnement.

La gestion axée sur les résultats sera promue, et dans ce cadre, la planification à la base sera renforcée et le système d'allocation de ressources rendu plus équitable. La répartition des ressources et leur utilisation constituent, en effet, les domaines critiques pour l'implantation du CDSMT. C'est pourquoi un effort particulier sera fait pour la formulation de critères partagés d'allocation des ressources, la systématisation des contrats de performance et du contrôle. Les services de l'inspection du ministère seront renforcés en logistique et moyens humains pour les besoins d'inspection et de vérification.

La participation large des acteurs de la santé est attendue au niveau central à travers la multisectorialité, la coordination des partenaires, le secteur privé, les ONG nationales et internationales et nationales. Au niveau local, la collaboration avec les comités de santé/comités de gestion, les organisations de la société civile (OSC) et les ONG locales sera renforcée. Cette participation se matérialise déjà sur le terrain par l'élaboration des POCL et l'animation des organes de gestion à la base. Elle sera rendue plus efficace par la création de cadres formels de concertation et de partage dans la direction indiquée par la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide extérieure. Les autorités administratives locales (Gouverneurs, préfets et sous préfets) seront mieux sensibilisées pour assurer le contrôle de légalité des organes de gestion à la base.

L'équité dans la distribution des soins fera l'objet d'une attention plus soutenue par l'opérationnalisation de la carte sanitaire. Celle-ci sera adaptée aux besoins prioritaires notamment en termes d'offre de services et, par conséquent, de répartition des infrastructures, des équipements et du personnel. Il s'agira, surtout, d'institutionnaliser la carte sanitaire après concertation avec les collectivités locales qui, en la matière, partagent les compétences avec le ministère de la santé. L'exécution concertée des plans de réalisation des infrastructures et des équipements impliquant les collectivités locales, les organisations de la société civile (OSC) sera complétée par tout un dispositif en matière de tarification des prestations et de fixation des marges bénéficiaires sur les médicaments à tous les niveaux.

La question du partage des informations est cruciale. Elle conditionne l'acceptation des différents acteurs d'être conjointement comptables des résultats acquis et la motivation de ces derniers à continuer à participer à la gestion du secteur. Dans cette perspective, la collaboration avec la presse sera renforcée et l'utilisation des techniques d'information et de communication promue. Cette option va au-delà de la diffusion des informations sanitaires de routine ou la restitution des résultats des enquêtes de morbidité/mortalité. En effet, le partage des informations concernera également les budgets, les marchés, les rapports financiers, les rapports d'audits, le respect des tarifs, etc. L'affichage des horaires de travail, des listes des prestations fournies et de leurs tarifs, des prix de médicaments et de toute autre information sans caractère confidentiel reconnu et présentant un intérêt pour les bénéficiaires sera institutionnalisé.

L'évaluation des acquis en matière de gouvernance sera surtout basée sur les rapports des enquêtes de satisfaction auprès des usagers et des populations bénéficiaires. Ces enquêtes seront menées de façon périodique en conformité avec le plan de suivi-évaluation du PNDS. Celui-ci sera mis en place pour mesurer les progrès acquis dans ces différents domaines et prendre les mesures correctives idoines.

5.10 Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière

5.10.1 Consolidation des Mécanismes de financement

L'augmentation des ressources pour assurer une protection sanitaire à la dimension de la vision exprimée pour le secteur reste une priorité pour améliorer la qualité des services offerts aux populations sur l'intégralité du territoire national. Le Ministère en charge de la santé veillera en priorité à une meilleure utilisation des ressources allouées au secteur qui sont en constante progression, passant de 37,16 en 1998 à 140,40 milliards en 2007. La gestion axée sur les résultats, adoptée à tous les niveaux de l'administration et de la pyramide sanitaire, garantira l'efficacité dans la mise en œuvre des cadres de dépenses sectoriels à moyen terme et, par conséquent, une bonne exécution du PNDS.

L'amélioration du volume et de la qualité de l'offre globale de santé, condition nécessaire à la satisfaction des besoins sanitaires des populations, résultera de cet effort de rationalisation de l'allocation des ressources sur la base de critères précis. Dans le même temps, les entraves financières à l'accès aux services seront levées. Pour ce faire, des mécanismes de régulation et de contrôle des tarifs des différentes prestations des structures sanitaires seront mis en place.

L'amélioration de la qualité des dépenses et de la transparence dans l'allocation des ressources aux différentes composantes du Ministère ainsi que leur utilisation constituera le premier argument de plaidoyer. Il s'agit de démontrer la nécessité d'investissements additionnels pour atteindre l'objectif de plus de démocratie sanitaire. Le budget sera réorienté pour soutenir les programmes ou volets moins dotés et permettre, ainsi, un développement harmonieux du système public de santé.

Le CDSMT garantira également une meilleure utilisation des ressources autres que celles du Ministère de la santé en veillant à un alignement certain des interventions des différents partenaires locaux comme étrangers sur les priorités du PNDS. Compte tenu de la multiplicité des acteurs et de leurs possibilités, le Ministère en charge de la santé assurera la coordination et l'intégration des interventions pour tirer le meilleur parti des importantes disponibilités de financement.

L'approche multisectorielle devra tirer profit des opportunités que sont (i) le partenariat à rechercher avec les ministères et les acteurs privés qui mènent des activités de santé, (ii) le partenariat à rechercher avec les ministères en charge des déterminants de la santé pour réduire le fardeau de morbidité et les dépenses négatives de santé du Ministère de la santé. Sous ce rapport, la multisectorialité constitue un moyen de financement de la santé.

5.10.2 Santé et Décentralisation

En 1996, la réforme qui a permis l'approfondissement de la décentralisation et régionalisation a eu comme fondement deux préoccupations majeures : (i) la volonté de l'Etat de créer les conditions de la libre administration des collectivités de base par des conseils élus et (ii) la mise en œuvre d'une politique de proximité.

Le Ministère en charge de la santé impulsera un cadre de concertation au niveau central avec le Ministère chargé des collectivités locales afin de mieux préciser les procédures et processus de collaboration entre les différents acteurs de la décentralisation de la santé. Dans ce cadre, la

réforme en cours concernant les organes de gestion à la base (comité de gestion et comité de santé) sera poursuivie.

Pour harmoniser et renforcer le cadre de concertation, il sera procédé à :

- l'impulsion, à partir du niveau central, d'une concertation entre le Ministre chargé de la santé, le Ministre chargé de l'éducation nationale et le Ministre chargé des collectivités locales. L'objectif visé est de mieux préciser l'esprit de la décentralisation, les procédures et processus de collaboration entre les autorités déconcentrées, les autorités décentralisées et les responsables des services de santé ;
- la révision des textes de la décentralisation relatifs aux comités de santé et comités de gestion. Le ministère, en partenariat avec les Elus locaux, a initié un projet de réforme du cadre juridique et organisationnel de ces comités à travers la mise en place d'organisations communautaires pour le développement sanitaire local. Une proposition de décret est dans le circuit.

5.11 Renforcement de la couverture du risque maladie avec un accent sur les groupes vulnérables

Si rendre la demande solvable est l'objectif majeur des politiques de financement de la santé, surtout dans les pays pauvres caractérisés par la faiblesse du dispositif de couverture sociale, le contrôle de l'offre (tarification) doit en être le pendant. L'amélioration des résultats enregistrés dans le système de santé dépend, dans une large mesure, de l'utilisation effective des services par les populations. Pour inscrire ce niveau de performance dans la durée, des ressources permettant un fonctionnement optimal des structures sanitaires devront être disponibles. Il convient, par conséquent, que les financements soient maîtrisés et sécurisés. A cet égard, l'allocation budgétaire en direction des structures de soins devra être comprise comme un premier niveau de subvention. Elle devra être améliorée dans sa détermination, à partir de critères pertinents en rapport avec la charge imposée par la production du volume d'extrants attendu. Il sera ainsi tenu compte du niveau de tarification souhaité pour garantir une accessibilité des prestations, au regard du pouvoir d'achat des ménages fortement éprouvés, par ailleurs.

La contribution des populations au financement de la demande obtenue à partir du recouvrement des coûts constitue un moyen efficace pour assurer la disponibilité des ressources au niveau des structures de soins. La généralisation du recouvrement a, toutefois, introduit une barrière à l'accès aux soins pour bon nombre de ménages pauvres.

L'imprévisibilité de la maladie et de son coût souvent important, au regard de la faiblesse du pouvoir d'achat des ménages, retarde le recours aux soins. Les dépenses de santé deviennent très souvent catastrophiques pour les ménages. Il convient, par conséquent, d'améliorer la solvabilité de la demande par le développement de mécanismes de protection des groupes vulnérables.

Le développement de mécanismes solidaires de financement de la demande s'avère nécessaire pour lutter contre l'exclusion et garantir un accès plus équitable aux soins pour l'ensemble de la population. L'appui au développement des mutuelles et de tout autre mécanisme de solidarité pouvant faciliter l'accès aux soins devra être poursuivi et renforcé. Les dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur des couches particulièrement vulnérables méritent, également, d'être mieux administrés pour en assurer l'efficacité et la pérennité. La mise en

œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais au cours de ce PNDS contribuera à l'élargissement de la protection sociale dans son volet assurance maladie.

Concernant la politique de développement des mutuelles de santé, il s'agira de promouvoir un partenariat entre ces mécanismes de financement solidaire et les prestataires de soins. Les mesures liées au renforcement du cadre national de concertation sur la mutualité et la mise en place des plans de communication pour la promotion des mutuelles seront prises. Les opportunités existantes devront être exploitées et le processus de mise en place des mutuelles renforcé par d'autres mesures prioritaires. Un accent particulier sera mis, entre autres, sur le couplage micro assurance santé et micro finance ainsi que la mutualisation du risque maladie dans le cadre de la décentralisation avec comme objectif : une collectivité locale, une mutuelle.

Pour les régimes particuliers de protection sociale, la priorité sera accordée à (i) la mise en œuvre des plans d'action relatifs aux nouveaux régimes de protection sociale pour les personnes exerçant les métiers de l'agriculture et les travailleurs du secteur des transports routiers et à (ii) la prise en compte de la dimension genre dans le montage et la mise en œuvre des systèmes de protection sociale.

Par ailleurs, des initiatives seront prises en direction d'autres ministères pertinents tels que : le ministère du travail, de l'éducation, des finances et le ministère en charge du développement communautaire pour exploiter d'autres mécanismes de financement solidaire dont le potentiel est énorme au sein des groupements féminins et diverses associations comme celles de ressortissants.

Il convient, toutefois, d'accompagner cette démarche de mise en commun de ressources par les non assurés par un dispositif de prise en charge des plus pauvres. En effet, dans bien des cas, ce qui empêche de payer le ticket de consultation et d'autres prestations empêche également de cotiser et, donc, d'être membre d'une mutuelle de santé.

Le renforcement des dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur des couches sociales particulièrement vulnérables contribuera, du coup, à réduire les inégalités de santé et à lutter contre l'exclusion. Par conséquent, les mesures de gratuité devront être mieux administrées. Il s'agira de renforcer les critères de ciblage des bénéficiaires des systèmes de gratuité et de protection sociale. Il faudra également définir les services couverts et le paquet de prestations y afférent et d'en contrôler la pertinence de la prescription et de l'usage. Un cadre de fédération, d'intégration et de rationalisation des initiatives de gratuité sera mis en place. Un mécanisme optimum regroupant le Plan Sésame, la gratuité des accouchements et des césariennes, la subvention des affections à soins coûteux sera développé.

6 Cadre de mise en œuvre

6.1 Cadre institutionnel

Les orientations tirées de l'analyse de l'organisation du système de santé reposent sur la mise en place d'une structure chargée de la planification, du suivi-évaluation, des études et de la recherche, d'une Direction générale de la santé qui aura en charge la coordination des

directions techniques et des Régions Médicales, d'une Direction en charge de la santé de la mère du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents et d'une Direction de la lutte contre la maladie. Par ailleurs, à tous les niveaux de la pyramide, les structures chargées de la mise en œuvre seront renforcées pour une utilisation optimale des ressources, une synergie et coordination effective des interventions. Il s'agit d'atteindre des objectifs ciblés dans le PNDS et d'instaurer la gestion axée sur les résultats en mettant en place des cadres de coordination et en institutionnalisant l'évaluation périodique. Il s'avère aussi nécessaire de préciser les missions des directions et services en élaborant un arrêté d'application dès que le décret organisant le Ministère sera validé. Pour réussir la décentralisation et la multisectorialité, il est proposé de mettre en place un *cadre de concertation avec les autres secteurs à tous les niveaux*.

Au niveau central

Le niveau central est le lieu de définition des politiques et stratégies, de la sélection des technologies efficaces et appropriées aux soins de santé, de la promotion de la santé et de la documentation de l'information sanitaire, démographique et de recherche. Il doit mobiliser les ressources internes et externes et les répartir équitablement dans les différents démembrements. Il doit coordonner les interventions et appuis des organismes, organisations publiques et privées et les faire travailler en harmonie. Il s'agit de promouvoir des objectifs communs et de s'assurer de la collaboration avec les autres secteurs socio-économiques par le truchement de liens intersectoriels pour renforcer leurs interactions avec la santé.

A ce niveau, il est proposé les mesures suivantes : (1) mise en place d'une structure de la planification, des études, de la recherche, du suivi et de l'évaluation ; (2) création d'une Direction Générale de la santé chargée de la coordination des directions techniques et des régions médicales ; (3) restructuration de la Direction de la Prévention. Ces mesures feront l'objet d'une proposition de décret d'organisation accompagné d'un nouvel organigramme.

(1) Mise en place d'une structure chargée de la planification, des études, de la recherche, du suivi et de l'évaluation. Cette structure sera chargée de coordonner l'élaboration du plan de développement sanitaire (PNDS), de l'élaboration des plans de travail annuels (PTA) en collaboration avec les directions techniques, de l'appui aux régions médicales et districts pour l'élaboration des PTA, de participer à l'élaboration du budget du département en liaison avec la direction responsable du budget et de la gestion des finances et les autres directions et services, du suivi de la mise en œuvre du PNDS et des PTA, de la coordination des actions entreprises au titre de l'aide bilatérale, multilatérale ou internationale et des études relatives à la planification. Cette structure devait comprendre en son sein : (i) une division de la planification et de programmation ; (ii) une division de coordination des actions des partenaires bilatéraux et multilatéraux. (iii) une division de l'information sanitaire; (iv) une division chargée du suivi et de l'évaluation et (v) une division des études et de la recherche du fait de la transversalité de ce domaine. Cet *organe de coordination nationale de la recherche* aura pour mission de conduire le monitoring, l'évaluation et l'audit des programmes de recherche.

Pour permettre à la structure en charge de la planification, des études, de la recherche, du suivi et de l'évaluation de jouer pleinement son rôle, il est essentiel de la doter de moyens (matériels et logistiques) et de ressources humaines. Celles-ci bénéficieront d'un renforcement de capacités, à cet effet.

(2) *Mise en place d'une Direction Générale de la Santé.* Elle est chargée de coordonner et suivre les activités et programmes des différentes directions techniques du Ministère. Au niveau de cette Direction Générale de la santé, il est proposé de mettre en place : (i) *une Direction en charge de la santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent* qui sera chargée de toutes les questions relatives à la protection et à la conservation de la santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent (ii) *une Direction de lutte contre la maladie* qui comprendra, en plus de la division des maladies transmissibles, une *division de lutte contre les maladies non transmissibles* chargée de l'élaboration et du suivi du processus de mise en œuvre des politiques nationales de lutte contre les principales maladies non transmissibles essentiellement les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies génétiques, le diabète, les néphropathies et les maladies mentales.

(3) *Restructuration de la Direction de la Prévention.* Elle doit être le cadre permettant l'offre d'une expertise en prévention et en promotion de la santé et doit mettre l'accent sur : l'identification des situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population **et** la mise en œuvre de mesures nécessaires à sa protection. Cette action sera privilégiée dans les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population. Pour être effective, elle devra passer par la coordination de la mise en œuvre d'offre de services préventifs, en collaboration avec les autres directions et services nationaux et les autres secteurs.

Dans la restructuration de cette Direction, il est proposé : (i) de lui rattacher la *division de la nutrition et de l'alimentation* qui sera chargée d'élaborer la politique de nutrition et d'alimentation, d'apporter son assistance et son appui à la mise en œuvre de la surveillance nutritionnelle ainsi qu'aux mesures de lutte contre la malnutrition, (ii) de lui rattacher la division de l'éducation et de l'information pour la santé qui sera chargée de la coordination de la mise en œuvre des programmes de promotion de la santé en rapport avec la communication et de la mise en place d'un bureau d'information sur les risques sanitaires (Environnement, Changements climatiques, Usage Tabac et drogues...).

Au niveau régional

La Région Médicale représente le niveau intermédiaire chargé de l'appui technique et managérial pour assurer la mise en œuvre, au niveau des districts, des politiques et stratégies définies au niveau central. Elle doit être *renforcée au plan institutionnel* par la mise en place, entre autres, d'une équipe d'experts pluridisciplinaire (statisticiens, planificateurs, épidémiologistes, inspecteurs de la pharmacie et spécialistes de la communication, etc.). Le Médecin chef de région qui sera chargée de la gestion, de la supervision des activités de planification, de mise en œuvre et de la collecte des données, dirigera cette équipe. Il procédera à la capitalisation des PTA provenant des districts sanitaires. Le Conseil régional doit jouer un rôle dans ce processus et intégrer les préoccupations de(s) l'hôpital(aux) régional (aux).

Au niveau du district

Le district représente le niveau opérationnel de l'application des programmes et de l'organisation de la mise en œuvre des activités promotionnelles, préventives et curatives de santé. L'équipe du district doit disposer d'un personnel technique et de gestion qualifié pour la planification opérationnelle à travers les PTA, la supervision, la coordination des soins de

santé, la collecte des données et l'analyse de la situation. Le district doit être renforcé à l'image de la Région Médicale

A tous les niveaux, il faut mettre en œuvre des mesures d'accompagnement en renforcement des ressources humaines, en compétences techniques, en logistique et, au besoin, en infrastructures.

6.2 Système de planification

Le système de planification du secteur de la santé comprend un plan stratégique décennal (PNDS), un plan triennal glissant (CDSMT) et un plan de travail annuel (PTA) qui prend en compte les plans opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé).

Chaque année, les acteurs des différents niveaux élaborent leur plan de travail qu'ils communiquent au niveau supérieur (région pour les districts, direction en charge de la planification pour les régions et le niveau central). La Région Médicale procédera à la synthèse des PTA des districts sanitaires. Au niveau local, les POCL seront élaborés en rapport avec les orientations du PNDL dans les Communautés rurales ou Communes intéressées par ce programme et avec l'appui des autres projets/programmes d'appui à la décentralisation, notamment l'Agence de Développement Municipal (ADM). Ces POCL serviront à dégager les priorités du secteur identifiées dans les PTA. L'ensemble des PTA collectés va constituer la base de données de projets ou programmes. Ce sont ces projets ou programmes qui seront soumis à une évaluation ex-ante. Pour disposer de PTA de qualité, chaque structure doit disposer de ressources humaines de qualité responsables de son élaboration.

Pour la mise en œuvre des actions, la structure de planification doit jouer un rôle central dans certains domaines du cycle de vie des Projets et Programmes. Dans cette perspective, le schéma suivant sera mis en œuvre :

(1) Identification et évaluation ex ante : L'identification des projets relève des services centraux et des Régions à travers les Districts. La structure de planification est chargée d'évaluer la cohérence et l'interdépendance des idées de projets ou programmes et de les confirmer sur la base d'une analyse critique des indicateurs. En conséquence, elle doit être la seule habilitée à transmettre les projets ou programmes en recherche de financement à la direction en charge des finances. L'activité d'évaluation ex-ante pourrait être menée en rapport avec les services demandeurs. Il s'agit surtout du développement d'outils afin de mieux formuler les projets et d'en évaluer la rentabilité ou la capacité à supporter les charges récurrentes. Cette phase d'analyse permet déjà de mieux établir le lien entre les budgets d'investissement et de fonctionnement. Elle permet, également, d'anticiper sur la sélection des projets/programmes. La prise en charge correcte de cette compétence permet de réguler l'intervention non maîtrisée des partenaires dans l'élaboration des projets/programmes dont parfois les objectifs peuvent s'éloigner des priorités nationales.

La fonction **sélection et demande de financement** doit surtout relever de la direction en charge des finances qui ne doit traiter que les projets soumis par la structure de planification. Elle doit cependant procéder à la sélection des projets en rapports avec la structure de planification. La demande de financement est préparée et envoyée au Ministère chargé des finances par la direction compétente. Ainsi les deux structures doivent élaborer ensemble le CDSMT.

(2) *Mise en œuvre et suivi* des projets : La direction en charge de la planification, celle en charge des finances, en rapport avec la Direction de la coopération économique et financière du Ministère chargé de l'Economie et des Finances, procèdent chaque année à un suivi physique et financier rapproché des projets ou programme pour améliorer leur efficacité et leurs performances. Le suivi des projets s'opère par le canal des fiches de suivi complétées par les indicateurs de résultats des projets.

(3) *Evaluation ex-post* : A la fin de chaque projet, la structure de planification procède, en rapport avec la Direction nationale chargée de la Planification, à une évaluation ex-post pour mesurer le degré de pérennité des résultats et les indicateurs d'effet. Les résultats de cette évaluation permettront de statuer sur la stratégie de mise en œuvre et la suite à donner aux activités.

6.3 Mécanisme de Coordination

Au niveau de la coordination, le système de planification devrait connaître une évolution majeure avec le présent PNDS, notamment avec la mise en place d'une structure chargée de son animation. Celle-ci devrait disposer de tous les pouvoirs de coordination, de suivi et d'évaluation des projets/programmes. La coordination va au-delà du secteur et doit prendre en compte le caractère multisectoriel des actions de santé. Cette démarche renforce la cohérence et l'efficacité de la lutte contre la pauvreté dans le domaine de la santé. En effet, la société civile, le secteur privé de la santé et d'autres départements ministériels mènent des activités qui peuvent être déterminantes pour l'atteinte des objectifs du secteur. Le mécanisme de coordination se présente ainsi qu'il suit :

- Au niveau central : les comités de coordination et de pilotage des programmes prioritaires,
- Au niveau régional : les comités régionaux de développement (CRD) au niveau des régions, les comités départementaux de développement (CDD) au niveau des districts et les comités locaux de développement (CLD) au niveau local.

6.4 Suivi et Evaluation

Chaque Plan/projet/programme doit disposer d'un cadre de suivi et évaluation fondé sur les étapes suivantes : (1) Définir l'objectif et le champ d'investigation avec les parties prenantes ; (2) Identifier l'information et les indicateurs nécessaires établis à partir des objectifs spécifiques dont ils constituent le moyen de contrôle et les méthodes de calcul et de renseignement (y compris les sources de vérification) ; (3) Planifier la collecte et l'organisation des informations ; (4) Planifier le processus de réflexion et de moments critiques ; (5) Etablir la qualité de la communication et des documents. Les résultats de ces systèmes spécifiques doivent alimenter le Système global du PNDS II

Il s'avère nécessaire que le service national de l'information sanitaire développe des outils et méthodes nécessaires à la mise en œuvre du cadre de suivi et d'analyses, en collaboration avec les directions, services et programmes. L'objectif visé est d'obtenir des données fiables, d'élaborer des bases de données, les mettre à jour et les diffuser.

Un bon système de suivi et évaluation est tributaire d'une planification bien établie avec des objectifs bien fixés et des indicateurs clairement énoncés. Pour être performant et crédible, ce système doit ratisser large et dépasser le champ d'action sanitaire et s'intéresser aux systèmes

de production des données sur le secteur des autres départements ministériels, institutions publiques et parapubliques, les ONG et le secteur privé. Un renforcement institutionnel sera apporté au service national de l'information sanitaire pour lui permettre d'exercer un leadership efficace, d'être une institution spécialisée du ministère de la santé qui garantit la fourniture de l'information sanitaire.

Le système de suivi / évaluation sera formalisé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

6.4.1 Indicateurs du PNDS

| Objectif sectoriel | Stratégies | Indicateurs d'impact/d'effet | Indicateurs de résultats | | |
|--|---|---|--|---|--|
| Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles | Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles | taux de mortalité maternelle | Couverture CPN4. Taux d'utilisation pour la consultation prénatale. Accouchements assistés par du personnel qualifié. Proportion d'accouchement effectué dans les formations sanitaires. Taux de césariennes Couverture consultations postnatales | | |
| | | Taux de mortalité néonatale | Couverture SENN Couverture VAT | | |
| | | Taux de mortalité infantile Taux de mortalité juvénile Taux de mortalité infanto juvénile | Couverture CNS Proportion d'enfants de 1 an vacciné contre la rougeole Couverture vaccinale PENTA3 Proportion d'enfants (0-11 mois) complètement vaccinés Utilisation RVO | | |
| | | Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les moins de 5ans | Couverture suivi de la croissance | | |
| | | Indice synthétique de fécondité | Prévalence contraceptive | | |
| | | Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie | Amélioration de la Promotion de la santé | Prévalence paludisme | Nombre de traitement ACT administré Couverture MI chez la femme enceinte Couverture MI chez les moins de 5 ans Couverture TPI 2 |
| | | | | Prévalence VIH/SIDA dans la population générale | % de personnes informées sur les méthodes de prévention du VIH/SIDA Nb de personnes ayant subi le test dépistage VIH Nb de personnes fréquentant les CDVA Taux d'acceptation du test VIH lors de la CPN |
| Prévalence TB | Taux de détection % de tuberculeux en TTT perdus de vue | | | | |
| Prévalence du diabète | Incidence du diabète dans les structures | | | | |
| Renforcement de la prise en charge de la maladie | Létalité hospitalière globale | | | Taux de consultation primaire globale (curative et préventive) Nombre de PVVIH sous TTT ARV Taux de guérison TB | |
| | Létalité hospitalière attribuable au paludisme | | | Nombre de traitements ACT administrés Nombre de cas graves enregistrés au niveau des structures | |
| Renforcement de la surveillance intégrée et de la riposte | Nombre de cas de maladies à déclaration obligatoire | | | Taux de complétude des données de surveillance | |

| | | enregistrés | Taux de promptitude des données de surveillance |
|---|--|---|--|
| Renforcer durablement le système de santé | Développement des ressources humaines | | Ratio IDE/pop |
| | | | Ratio SFE/FAR |
| | | | Ratio médecin/Pop |
| | Renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance | | Couverture en PS |
| | | | Plan de maintenance disponible et appliqué |
| | | | - % d'hôpitaux fonctionnels - % de blocs SOU fonctionnels au niveau district - % de PS fonctionnels |
| | | | Plan de renouvellement des équipements disponible et appliqué |
| | Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux | | Nombre de jours de rupture de médicaments et produits traceurs. Plan national d'approvisionnement est élaboré et appliqué. |
| | Renforcement du système d'information et de la recherche en santé | | Taux de complétude des rapports selon les niveaux |
| | | | Taux de promptitude des rapports selon les niveaux |
| | | Nombre de projets de recherche examinés par le comité national d'éthique en santé | |
| Améliorer la gouvernance du secteur de la santé. | Promotion de la gestion axée sur les résultats | Taux de satisfaction des bénéficiaires | Taux d'affichage des prix de médicaments et tarifs de prestation au niveau des structures |
| | Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière | % d'organes de gestion à la base fonctionnels | Part de la santé dans le budget de fonctionnement de l'Etat |
| | | | % d'exécution du budget par niveau et par catégorie |
| | Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables | % de personnes couvertes par un système formel de couverture du risque maladie | % d'organes de gestion fonctionnels comprenant au moins une femme et un jeune dans le bureau |
| | | | Pourcentage de collectivités locales disposant de POCL-Santé |
| Nombre de personnes couvertes par une mutuelle de santé | | | |
| | | Nombre de personnes malades ayant bénéficié d'une subvention de l'Etat | |
| | | Nombre de cas sociaux pris en charge par les organes de gestion au niveau des formations sanitaires | |

6.4.2 Activités de suivi

Niveau central

Le niveau central est chargé de la politique d'orientation, de la coordination, du pilotage, du suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation du plan national de développement sanitaire. A cette fonction stratégique s'ajoute celle de régulation et de formulation des directives pour la tenue des instances de coordination que sont la revue annuelle conjointe, le comité interne de suivi et la mission conjointe de supervision.

Les centres de responsabilité du niveau central, à l'instar des niveaux périphériques et intermédiaires, sont astreints à produire des résultats dans le cadre de la mise en œuvre des plans de travail annuels, en conformité avec l'esprit du CDSMT. Les réunions hebdomadaires du cabinet serviront de prétexte pour réfléchir et discuter sur les questions majeures d'actualité, sur la réorientation ou l'affinement des stratégies.

La Revue Annuelle Conjointe (RAC)

L'objectif de la RAC est de faire le bilan des plans de travail annuels de l'année précédente et de procéder à la validation de la programmation des opérations retenues pour l'année en cours. Avec l'avènement des CDSMT, cette activité doit être repositionnée et la présentation des rapports annuels de performances des CDSMT sera un des éléments de son contenu.

L'organisation de la RAC relève de la responsabilité de la cellule chargée de la planification et du suivi au niveau du Ministère de la Santé et de la Prévention. Elle est coprésidée par les Ministère de la Santé et le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan.

Il s'agit d'une instance privilégiée d'échanges et de communion entre les différents responsables des centres de responsabilité des niveaux central et régional. Viennent s'y ajouter d'autres responsables des ministères impliqués, les partenaires au développement, les collectivités locales, la société civile et les ONG.

A l'issue de chaque RAC, il est élaboré un rapport avec des recommandations précises et ciblées. Celles-ci sont traduites en un plan d'actions avec des indicateurs précis. Le suivi de la mise en œuvre des recommandations est assuré par la cellule chargée de la planification et du suivi avec la diligence souhaitée du cabinet.

Le Comité Interne de Suivi (CIS)

Sa composition, ses missions et son fonctionnement sont régis par un arrêté. Il a lieu tous les trois mois et deux de ces instances sont élargies aux partenaires au développement. Son travail porte sur :

- Le suivi de l'exécution des plans de travail annuels
- L'examen des rapports d'étape pour faire le point sur la situation des projets et programmes
- L'examen des rapports d'exécution du budget
- L'état de la mise en œuvre des recommandations

La réunion du comité interne de suivi est présidée par le Ministre de Santé et de la Prévention

La Mission Conjointe de Supervision (MCS)

Elle a pour fonction d'assurer le suivi de l'exécution des activités programmées sur le terrain conjointement avec les partenaires au développement. Elle se déroule tous les six mois. Selon les objectifs fixés pour la mission conjointe de supervision, les acteurs impliqués dans la supervision conjointe sont désignés. Il peut s'agir des techniciens du ministère de la santé, ceux des autres départements ministériels, les représentants des collectivités locales, les membres des comités de santé, les représentants de la société civile et des ONG. Le rapport de supervision est assorti de recommandations qui feront l'objet d'un plan de mise en œuvre.

Niveau Régional

Le suivi des activités programmées se fait traditionnellement lors des *réunions de coordination trimestrielles des régions*. Ces réunions regroupent les services régionaux de santé, les districts sanitaires, les membres des comités de santé, les représentants des

collectivités locales, les représentants des organismes communautaires de base et des secteurs d'appui, les partenaires au développement de la région et du niveau central.

Cette instance de coordination régionale mesure l'état d'exécution du plan de travail annuel de la région et le niveau d'atteinte des résultats par rapport aux objectifs fixés. Elle identifie les difficultés et contraintes rencontrées, définit et met en œuvre des stratégies visant à résorber les gaps identifiés et programme les activités à réaliser pour les échéances futures.

Le niveau régional est aussi un cadre privilégié d'échanges, d'orientation, d'arbitrage et de synthèse des plans de travail annuels élaborés au niveau des districts et des services régionaux de santé. C'est aussi une instance de présentation des performances réalisées dans la mise en œuvre du CDSMT, de réajustement des stratégies et de programmation des activités pour l'année en vue. Cette présentation des performances doit être systématisée et faire l'objet de la tenue d'un CRD spécial sous la présidence du ministre en charge de la santé ou d'un CRD élargi avec la participation du cabinet du ministre en charge de la santé, des secteurs d'appui et des partenaires au développement. Cette instance pourrait être considérée comme une revue annuelle conjointe au niveau régional

En plus de ces réunions, il y a des rencontres avec les partenaires dans le cadre des réunions des comités de pilotage des projets et programmes qui ont pour objet d'en assurer le suivi spécifique, notamment de ceux qui sont financés par les partenaires au développement. La composition de ces comités est définie par note de service du ministre en charge de la santé.

Les missions de supervision des bailleurs de fonds sont organisées à leur demande. Elles concernent les activités spécifiques qu'ils ont financées. Ils présentent, au terme du processus, au ministre en charge de la santé un aide mémoire

Le niveau régional assure la *supervision* des districts suivant des objectifs précis et une programmation définie.

Niveau district

Le suivi des activités se fait lors des *réunions de coordination mensuelle du district*, des missions de supervision, du monitoring et des bilans annuels des districts. Le district est un niveau de compilation des données sanitaires provenant des postes de santé et des centres de santé. Ces données collectées sont traitées, analysées et discutées lors des réunions mensuelles de coordination des districts (rapports de suivi des activités). Cette instance de coordination doit être mise à profit non seulement pour corriger certaines lacunes inhérentes au traitement de l'information mais aussi évaluer le travail fourni par rapport aux résultats attendus et élaborer des stratégies correctrices.

En dehors de ces réunions de coordination, il doit se tenir au niveau des districts sanitaires des instances servant de cadre d'élaboration des plans de travail annuel avec la prise en compte des plans d'opération des collectivités locales. Des réunions de bilan annuel axées sur la présentation des performances du district sanitaire en conformité avec les programmes inscrits dans le cadre du CDSMT seront également organisées.

Le district étant une entité privilégiée qui doit impulser la collaboration multisectorielle, cette réunion de coordination sera élargie aux autres partenaires du niveau local : collectivités

locales, secteurs d'appui, organisations communautaires de base, comités de santé, partenaires au développement.

La supervision des postes de santé et des structures sanitaires communautaires doit être effective et se fera suivant des objectifs et une programmation définie.

Le monitoring des postes de santé et centres de santé devra être effectif et institutionnalisé. Pour renforcer l'efficacité de cet outil en vue de l'atteinte des OMD, le processus d'amélioration de son contenu sera engagé. Son extension à toutes les formations sanitaires contribuerait à la maximisation de l'utilisation des moyens mis à la disposition des structures sanitaires.

6.4.3 Activités d'évaluation

Le PNDS sera évalué selon la procédure suivante : (i) une évaluation à mi-parcours avec un volet de satisfaction des bénéficiaires ; (ii) une évaluation finale à la fin du programme. L'évaluation sera quantitative et qualitative, interne et externe. Elle s'attellera à mesurer les progrès réalisés à partir des indicateurs retenus et de faire des recommandations pertinentes pour améliorer les performances. Trois groupes d'indicateurs seront retenus pour cette enquête : les indicateurs de résultats, les indicateurs de couverture et les indicateurs d'impact ainsi que les cibles (voir annexes).

L'enquête qualitative va étudier les domaines de la participation des populations à l'effort de santé, la bonne gouvernance sanitaire, la gestion de la compétence santé transférée, le niveau de satisfaction des usagers des services de santé par rapport à l'accueil, à la qualité des soins, au coût des médicaments et des soins et les systèmes de solidarité mis en place pour résoudre les problèmes posés par les cas sociaux (Plan Sésame, Initiative de gratuité des accouchements et césariennes, assurance maladie, etc.).

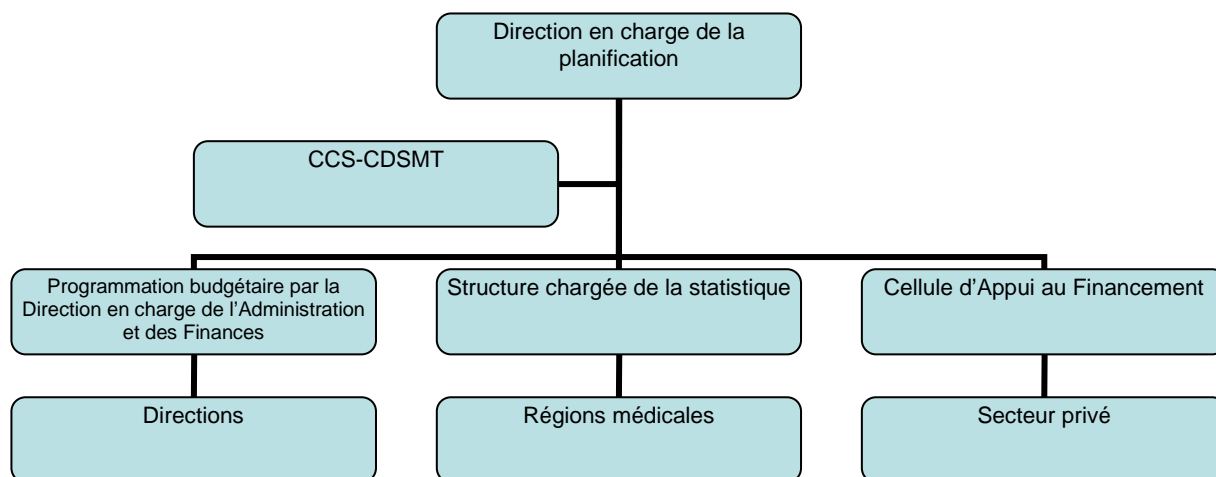
L'enquête quantitative et l'enquête qualitative finales, réalisées à la fin de la dernière année du plan décennal, constitueront la substance du rapport d'achèvement du plan.

Pour la partie quantitative, les progrès seront mesurés à partir du niveau de santé décrit à travers le rapport d'évaluation finale du premier plan décennal. Les activités d'évaluation sont résumées ci-après :

| Types d'évaluation, enquêtes et études | Fréquence de collecte | Structure de mise en œuvre |
|---|---|---|
| Evaluation du PNDS | An IV, An VII et une évaluation finale | Direction en charge de la planification |
| Enquête Démographique et de Santé (EDS) | 2010 et 2015 | Structure chargée des statistiques |
| Enquête d'évaluation de la satisfaction des populations | Tous les 3 ans et une évaluation finale | Structure chargée des statistiques |
| Enquête couverture utilisation moustiquaires imprégnées | Tous les ans | PNLP |
| Enquêtes nutritionnelles | Tous les ans | Structure chargée des statistiques |
| Enquêtes de prévalence contraceptive | Tous les ans | Structure chargée des statistiques |

6.4.4 Cadre institutionnel du suivi et de l'évaluation

Les services impliqués dans le suivi et l'évaluation du PNDS, y compris le Comité de Coordination et de Suivi du CDSMT (CCS-CDSMT) sont représentés dans l'organigramme ci –après. Le CCS-CDSMT est une innovation du PNDS-II pour en assurer une meilleure exécution à travers l'outil opérationnel qu'est le CDSMT.



6.5 Procédures administratives et financières

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS, chaque Direction assure la gestion d'un ou des volets relevant directement de ces compétences. Dans le processus d'élaboration des PTA, il sera mis en place une équipe technique composée de membres de la direction en charge de la planification, de celle en charge de la programmation budgétaire, de certains services du ministère, des partenaires et du Ministère chargé de l'Economie et des Finances (MEF). Cette équipe définira les allocations globales par objectifs et programmes, conformément au cadrage macro-économique du CDSMT. La direction en charge de la planification transmettra aux différents centres de responsabilité les directives pour la planification sous forme de lettre circulaire. Celle-ci indiquera, de manière précise, le format, les allocations globales par service et la date limite de transmission des PTA.

L'élaboration du budget Etat du ministère sera sous la responsabilité d'une structure qui, en relation avec les autres structures du ministère, prendra en compte les besoins de l'année n+1, exprimés à travers les PTA. Dans ce cadre, la structure responsable de l'élaboration du Budget veillera à une plus grande efficacité dans l'allocation des ressources et à leur alignement aux priorités du PNDS, à travers le CDSMT. L'avant projet de budget élaboré est soumis à l'appréciation du Ministre qui organise au sein du ministère une instance d'arbitrage interne.

Au cours de cet arbitrage, le niveau central apprécie l'opportunité des demandes d'inscription en mesures nouvelles. Cette phase prépare les Conférences budgétaires organisées par le MEF. Sur la base des enveloppes budgétaires communiquées par le MEF lors des Conférences budgétaires ou avant, la structure chargée de l'élaboration du Budget organise les travaux du budget programme pour le répartir conformément aux arbitrages du MEF.

Le processus de l'examen du projet de budget commence par les Conférences budgétaires et se termine par l'adoption du budget par l'Assemblée nationale et le Sénat. Une fois le budget adopté, il est notifié au ministère en charge de la santé par le MEF. Dès la notification des crédits, la direction en charge des finances fait prendre l'Arrêté portant nomination des administrateurs de crédits. Par ailleurs, elle communique aux différents centres de responsabilité le montant des crédits qui leur sont définitivement alloués dans le budget état, pour leur permettre de réajuster les activités de la première année du PTA.

Outre ses prérogatives, la direction en charge des finances procède au recensement des besoins, élabore le plan annuel de passation des marchés et procède à la préparation des dossiers d'appel d'offres en collaboration avec les autres Directions.

Dans le cadre des réformes budgétaires, la déconcentration de l'ordonnancement initiée par le MEF vient faciliter l'exécution financière par la rapidité dans le traitement des dossiers financiers. Par ailleurs, conformément aux principes du CDSMT, la structure chargée du Budget au Ministère chargé de la Santé et de la Prévention (MSP) contrôle l'exécution budgétaire en veillant au respect des lignes d'activités, dans les limites des autorisations de crédits arrêtées dans le cadre du budget programme des différents services. C'est ainsi que dans le cadre du suivi de l'exécution du budget, elle veille au respect du budget programme défini dans le SIGFIP (Système Intégré de Gestion des Finances Publiques) par l'édition des fiches de saisie des bons d'engagement émis par l'ensemble des administrateurs de crédits pour transmission au contrôleur des opérations financières délégué du MSP.

La structure chargée du Budget au MSP, initie également les procédures de réaménagements budgétaires, en cas de nécessité ou à la demande des services. Les partenaires intervenant dans l'appui budgétaire étant identifiés dans l'ACAB (Arrangement Cadre pour l'Appui budgétaire), l'exécution financière des ressources injectées dans le budget national, est soumise aux procédures de l'Etat.

Concernant les fonds des partenaires directement gérés par la structure chargée du Budget au MSP, celle-ci procède aux paiements, à la justification des dépenses et aux renouvellements des fonds. Elle coordonne les différentes unités de gestion financière mises en place dans le cadre de ces financements.

Un manuel de procédures administrative et financière sera élaboré pour les besoins d'une bonne administration et d'une utilisation rationnelle des ressources dans un contexte de gestion axée sur les résultats, avec obligation de rendre compte. Ce manuel définira clairement les responsabilités dans l'imputation des ressources, le calendrier de transmission et de publication des rapports d'exécution du budget qui serviront à l'élaboration du rapport de performances.

Il sera également mis en place une unité d'audit interne qui sera chargée du contrôle administratif et financier. Cette unité préparera les missions d'audit externe, tous les dossiers pertinents, organisera l'information à l'attention des acteurs. Elle veillera aussi, à l'interne, au respect des dispositions inscrites dans le manuel de procédures administratives et financières.

Pour les besoins d'évaluation financière des différents budgets, la direction en charge des finances est chargée d'élaborer annuellement le rapport financier du CDSMT et du PNDS. A cet effet, tous les centres de responsabilité sont tenus de faire parvenir leurs rapports

d'exécution financière suivant une périodicité et un format qui seront définis dans le manuel de procédures.

La gestion financière suppose aussi le renforcement des capacités des agents. A cet effet, il sera mis en place un programme de formation et de recyclage régulier des différents acteurs impliqués dans la gestion financière. Dans le souci d'une plus grande décentralisation de la gestion financière, il sera installé au niveau des Régions médicales et Districts, des unités de gestion financière. Elles seront dotées de compétences en matière de planification, d'exécution, de suivi budgétaire et de passation de marchés.

Pour les partenaires intervenant en dehors de l'approche programme et de l'appui budgétaire, la structure chargée de la planification mettra en place un dispositif qui leur permettra d'intégrer les PTA des régions dans lesquelles ils interviennent. De la même façon, un canevas leur sera soumis pour l'élaboration des rapports d'exécution financière et technique permettant de prendre en compte leurs activités menées sur le terrain.

La structure chargée des Equipements Médicaux aura la responsabilité du suivi en matière d'équipements, des infrastructures et de maintenance. Elle intervient dans la préparation des dossiers d'appel d'offres pour veiller au respect des normes en matière de construction et de coût et définir les spécifications techniques pour l'acquisition des équipements.

La structure chargée de la gestion des Ressources Humaines du MSP veillera au respect des normes en matière de disponibilité du personnel sanitaire à tous les niveaux de la pyramide. Pour cela, elle mettra en place un système de gestion prévisionnelle du personnel et assurera la mise à jour régulière des effectifs par structure et service.

7 Financement du plan

Le financement du PNDS 2008-2019 sera assuré par l'Etat, les Partenaires Extérieurs, les Populations et les Collectivités Locales. Il concerne les structures publiques de santé. Le secteur privé dont les flux de financement ne sont pas encore maîtrisés n'est pas pris en compte. Le volume des ressources attendues de ces différents intervenants est déterminé sur la base d'hypothèses inspirées de l'évolution constatée des financements sur les dix dernières années, des conventions de financement existantes ou des engagements multilatéraux dont l'Etat du Sénégal est partie prenante.

Ainsi, concernant les ressources attendues du budget de l'Etat, le rythme de progression du financement sera maintenu autour d'un taux moyen de 10%. Cette hypothèse se fonde sur la réalisation d'un certain niveau de performances pouvant justifier l'allocation de ressources plus importantes. Par ailleurs, il faut rappeler l'engagement de l'Etat à porter le budget de la santé à 15% conformément aux recommandations de la conférence d'Abuja.

Le financement des Partenaires Extérieurs est estimé à partir des données prévisionnelles du PTIP (Programme Triennal d'Investissement Public) à l'horizon 2011. Il est également calculé sur la base des engagements des partenaires techniques et financiers non répertoriés dans le PTIP mais intervenant de façon constante dans le secteur de la santé. En se fondant sur les engagements pris par ces partenaires d'accompagner le Sénégal jusqu'en 2015 dans le cadre des OMD, les tendances constatées du financement extérieur pourraient se maintenir jusqu'à cette échéance et au-delà.

L'apport des collectivités locales a évolué en dents de scie au cours des dix dernières années sans jamais dépasser le seuil de 5 milliards. Dans la perspective du renforcement de leur implication, avec la mise en œuvre des POCL, on pourrait s'attendre à une augmentation significative des ressources mobilisées localement.

L'apport des populations s'est considérablement accru durant la mise en œuvre du PNDS 98-2007. Son évolution a suivi une courbe ascendante jusqu'en 2004 avec une progression moyenne de 20% par an. L'hypothèse d'une progression en moyenne de 20% par an est maintenue pour cette source de financement d'autant que la réforme envisagée au niveau des organes de gestion à la base laisse espérer que les ressources locales seront mieux tenues et gérées de manière plus transparente.

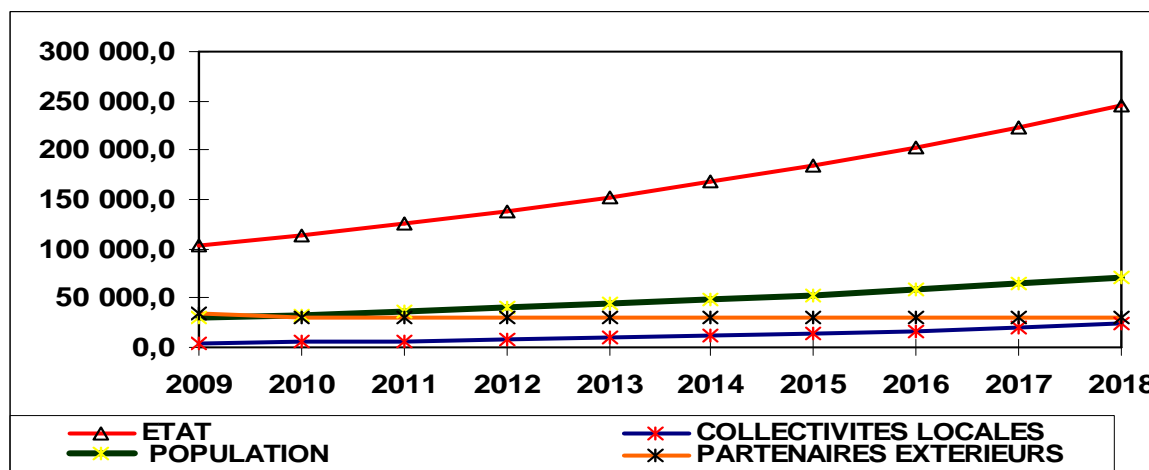
En application de ces différentes hypothèses, les perspectives de financement dans le prochain PNDS devraient se présenter comme suit :

Tableau 9 : Prévisions de financement du PNDS 2009-2018 en fonction de la source (en milliards de FCFA)

| SOURCES DE FINANCEMENT | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | TOTAL | % |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|-------------|
| ETAT | 104,1 | 114,5 | 126,0 | 138,5 | 152,4 | 167,6 | 184,4 | 202,9 | 223,1 | 245,5 | 1 659,1 | 64% |
| COLLECTIVITES LOCALES | 4,5 | 5,5 | 6,6 | 8,0 | 9,6 | 11,7 | 14,1 | 17,0 | 20,5 | 24,8 | 122,39 | 5% |
| POPULATION | 29,8 | 32,8 | 36,1 | 39,7 | 43,7 | 48,1 | 52,9 | 58,1 | 64,0 | 70,4 | 475,5 | 19% |
| PARTENAIRES EXTERIEURS | 34,4 | 31,4 | 31,4 | 31,4 | 31,4 | 31,4 | 31,4 | 31,4 | 31,4 | 31,4 | 316,88 | 12% |
| TOTAL | 172,9 | 184,2 | 200,1 | 217,6 | 237,1 | 258,8 | 282,7 | 309,4 | 339,0 | 372,0 | 2 573,88 | 100% |

Source : DAGE/MSP

Graphique 5 : Evolution prévisionnelle du financement du PNDS 2009-2018 en fonction de la source



Source : DAGE/MSP

Tableau 10 : Prévisions de financement du PNDS 2009-2018 par rubrique de dépenses (en milliards de FCFA)

| FINANCEMENT | FONCTIONNEMENT | INVESTISSEMENT | MAINTENANCE | PERSONNEL | TOTAL | % |
|------------------------|----------------|----------------|--------------|---------------|----------------|-------------|
| COLLECTIVITES LOCALES | 8.92 | 45.74 | 1.66 | 66.07 | 122.4 | 5% |
| ETAT | 542.62 | 368.55 | 43.54 | 704.38 | 1 659.1 | 64% |
| PARTENAIRES EXTERIEURS | 189.77 | 113.13 | 2.50 | 11.48 | 316.9 | 12% |
| POPULATIONS | 233.32 | 43.42 | 21.74 | 177.06 | 475.5 | 19% |
| TOTAL | 974.62 | 570.84 | 69.43 | 958.99 | 2 573.9 | 100% |
| % | 37.9% | 22.2% | 2.7% | 37.3% | 100% | |

Source : DAGE/MSP

Tableau 11 : Prévisions de financement du PNDS 2009-2018 par niveau géographique (en milliards de FCFA)

| FINANCEMENT | NIVEAU CENTRAL | NIVEAU PERIPHERIQUE | NIVEAU REGIONAL | TOTAL |
|------------------------|----------------|---------------------|-----------------|----------------|
| COLLECTIVITES LOCALES | 4,62 | 117,38 | 0,38 | 122,4 |
| ETAT | 646,08 | 588,94 | 424,06 | 1 659,1 |
| PARTENAIRES EXTERIEURS | 137,14 | 118,07 | 61,66 | 316,9 |
| POPULATIONS | 184,97 | 236,11 | 54,46 | 475,5 |
| TOTAL | 972,81 | 1 060,50 | 540,57 | 2 573,9 |
| % | 37,8% | 41,2% | 21,0% | |

Source : DAGE/MSP

Le financement dans le secteur de la santé sera essentiellement le fait de l'Etat, des collectivités locales, des partenaires au développement et des populations. L'Etat sera le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018, avec un apport de **1 659.1** milliards de FCFA, représentant **64,1%** de du financement.

Il est suivi par les populations avec un apport au financement de **475.54** milliards de FCFA, représentant 19,0%. Viennent ensuite les partenaires extérieurs et les Collectivités Locales pour respectivement **12%** et **5%** (Voir le tableau ci-dessus). Le recours à l'appui budgétaire explique la baisse relative de la part des partenaires extérieurs dans le schéma de financement du PNDS 2009-2018, une bonne partie du financement des partenaires extérieurs étant comptabilisée dans le budget de l'Etat.

L'analyse du financement en fonction de la structure économique de la dépense montre que **37,9%** des financements sont consacrés aux dépenses de fonctionnement, **37,3%** aux dépenses de personnel dont **2,7%** à la maintenance et **22,2%** aux dépenses d'investissement.

Le financement des investissements sera assuré par l'Etat à hauteur de **368,55 milliards de FCFA**, soit **65%**. Il supporte ainsi une bonne partie des investissements venant en première position dans la couverture de cette catégorie de dépense. Quant aux Partenaires Extérieurs, ils financeront **20%** des dépenses d'investissement avec un apport de **113,13 milliards de FCFA**. Les Populations et les Collectivités Locales contribueront pour respectivement **43,42** et **45,74 milliards de F CFA** soit **7,6%** et **8,01 %** des dépenses d'investissement.

Les dépenses de personnel resteront très largement à la charge de l'Etat qui y consacre **704,37 milliards de F CFA** soit un peu moins de **73 %** de l'ensemble des dépenses en personnel. On notera, cependant, le poids non moins important des Populations dans la couverture des charges de personnel avec un apport représentant **19%**. La part des Collectivités Locales et des Partenaires Extérieurs reste peu importante dans la couverture de cette catégorie de dépense.

Les dépenses de fonctionnement seront également, en majorité, à la charge de l'Etat avec un apport de **542,62 milliards de F CFA** représentant **56%** des dépenses globales de fonctionnement. Il est suivi par les Populations pour **24%**, viennent ensuite les Partenaires Extérieurs et les collectivités locales pour respectivement **19%** et **1 %**.

La répartition géographique du financement prévoit que le niveau périphérique sera légèrement prioritaire dans l'allocation des ressources avec un montant de **1 060,50 milliards de F.CFA** représentant **41,2 %** des dépenses de santé. Le niveau central venant juste après avec **37,8 %** des dépenses pour un montant alloué de **972,81 milliards de F.CFA**. Le niveau régional reçoit **21,06 %** des dépenses pour un montant de **540,57 milliards de F CFA**. Le poids du niveau central s'explique par le fait que les hôpitaux nationaux y sont fortement concentrés.

Conclusions

Les objectifs du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 sont pertinents par rapport aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et au Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSRP). Les stratégies et les lignes d'actions retenues ont fait l'objet d'un large consensus qui a été facilité par l'approche participative ayant guidé la phase d'élaboration. En adoptant ce plan, le Gouvernement marque ainsi sa volonté de contribuer efficacement à la réalisation des OMD malgré un environnement économique particulièrement défavorable. Des contraintes ne manqueront pas de surgir tout au long de la mise en œuvre mais le respect des principes de la participation, de la multisectorialité, de la transparence, de la solidarité, de l'équité et du genre, développés plus haut, permettront de surmonter bon nombre de difficultés. Le plan de suivi évaluation qui a été validé fera l'objet d'une gestion conjointe avec les partenaires techniques et financiers. Pour une meilleure efficacité dans l'allocation des ressources et la dépense, les cibles qui seront fixées annuellement pour l'ensemble des plans de travail annuels détermineront les budgets et la réédition des comptes sera systématisée.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1

Lettre d'orientation pour l'élaboration du PNDS2009-2018

Annexe 2

Liste des documents de référence pour l'élaboration du PNDS 2009-2018

Annexe 3

Tableau de distribution de la population par région en 2004

Annexe 4

Les indicateurs clés sur le Sénégal

Annexe 5

Tableau sur la situation des personnels médicaux et paramédicaux des hôpitaux en 2007

Annexe 6

Tableau sur la répartition du personnel étatique des districts selon la région en 2007

Annexe 7

Tableau sur la répartition du personnel communautaire des districts selon la région en 2007

Annexe 8

Tableau sur les besoins au niveau national selon les catégories médicales et paramédicales d'ici 2013

Annexe 9

Tableau sur les perspectives de financement sur ressources extérieures de 2007 A 2011 (en millions de F.CFA)

Annexe 10

Matrices de mesures pour la mise en œuvre du PNDS-2009-2018

Annexe 11

Carte : Découpage du pays en 69 districts sanitaires (2008)

Annexe 12

Note de service n° 02167§MSP§CAS-PNDS du 18 mars 2008 portant création du Comité de pilotage pour l'élaboration du deuxième Plan décennal de Développement sanitaire 2009-2018.

Annexe 1

Lettre d'orientation pour l'élaboration du PNDS2009-2018



République du Sénégal

Ministère de la Santé et de la Prévention

**Lettre d'orientation
pour
l'élaboration du deuxième Plan national
de Développement sanitaire
(PNDS 2009-2018)**

juin 2008

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1998-2007, exécuté en deux phases, Programme de Développement intégré de la Santé (PDIS) (1998-2002) et PNDS Phase II (2004-2008), est arrivé à son terme.

A l'heure du bilan, il est à noter que des progrès significatifs ont été enregistrés au plan des indicateurs sectoriels en termes de réduction significative de la mortalité des enfants et des mères, de maîtrise de certaines maladies, d'amélioration de l'accessibilité des soins et de vaccination. Parmi les acquis enregistrés, l'on peut citer :

- la baisse de la mortalité maternelle de 510 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV) en 1997 à 401 décès pour 100 000 NV en 2005
 - baisse de la mortalité infantile de 67,7 pour 1000 en 1997 à 61 pour 1000 en 2005
 - baisse de la mortalité infanto juvénile de 139,1 pour 1000 en 1997 à 121 pour 1000 en 2005
 - maintien de la séroprévalence du VIH au sein de la population générale autour de 1%
 - les progrès dans la lutte contre le paludisme grâce, entre autres moyens, à l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide et à l'adoption des combinaisons à base de dérivés d'artémisinine (ACT) pour le traitement du paludisme
 - renforcement de l'approche programme notamment par l'adoption du Cadre de Dépenses sectorielles à moyen Terme (CDSMT)
 - amélioration de l'accessibilité des soins pour les groupes vulnérables : gratuité des accouchements et des césariennes, gratuité des soins pour les personnes âgées
 - certification de l'arrêt de la transmission du polio virus sauvage responsable de la poliomyélite chez les enfants
 - certification de l'arrêt de la transmission du ver de guinée
 - contrôle de la transmission de l'onchocercose
 - amélioration de la couverture vaccinale dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV) de 41% en 2001 à 80% en 2006.

Ces acquis ont été enregistrés au prix d'importants efforts en matière d'investissements, en particulier dans les domaines de la réalisation d'infrastructures sanitaires et de mise en place d'équipements biomédicaux. De même, le développement des ressources humaines a constitué un point de concentration avec d'importantes mesures dans la formation, avec la création des centres régionaux de formation, le recrutement, la rationalisation des affectations et l'amélioration des rémunérations et des systèmes de motivation.

Ces efforts ont été rendus possibles grâce à un renforcement soutenu du financement public avec une progression constante du budget de la santé qui a été multiplié par quatre entre 1999 et 2007 passant de 20,5 milliards de francs CFA à 84,5 milliards de francs CFA. La part du budget de la santé dans le budget national est, quant à elle, passée de 8%, en 1999, à plus de 10% en 2007. Dans le même temps, le partenariat avec les organisations de la société civile s'est renforcé de même que la coordination avec les partenaires techniques et financiers a été nettement améliorée.

Cependant, les résultats atteints restent globalement en deçà de ce qui pouvait être attendu au vu de l'importance des ressources mobilisées en faveur du secteur au cours de ces dix dernières années (*60 milliards CFA l'an en moyenne*).

Ainsi, des progrès sont encore à réaliser pour faire face à la persistance de problèmes comme :

- le niveau encore élevé des indicateurs de la mortalité maternelle, de la mortalité néonatale, de la mortalité infantile et de la mortalité infanto juvénile ;
- la faiblesse du niveau de la prévalence contraceptive ;
- les insuffisances des systèmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques à soins coûteux ;

- les niveaux encore élevés de la morbidité et de la mortalité dus aux maladies transmissibles comme le paludisme et la tuberculose ;
- la recrudescence des maladies tropicales négligées ;
- les difficultés dans la formation, le recrutement et l'utilisation optimale des ressources humaines ;
- l'insuffisance des infrastructures et des équipements, la défaillance du système de maintenance et la faible utilisation des technologies de l'information et de la communication ;
- les défaillances du système de planification, la non systématisation du système de suivi évaluation et l'utilisation faible de la recherche action pour améliorer les interventions ;
- les difficultés liées à la mise en œuvre de la Réforme hospitalière ;
- les insuffisances des systèmes de prise en charge des urgences (médicales, obstétricales, épidémiques, catastrophes etc.)
- l'insuffisance de l'accès aux médicaments ;
- l'inaccessibilité des services et soins de santé pour les pauvres à cause, entre autres, de l'absence d'un système de couverture universelle du risque maladie

Mais avec cette première expérience de plan sectoriel, le Ministère de la santé a su tirer les leçons qui lui permettront de mieux engager le deuxième plan décennal. Les leçons apprises sont nombreuses mais celles relatives au nécessaire ciblage des groupes vulnérables, à l'approche sectorielle et à la gouvernance sanitaire méritent une attention toute particulière.

Par ailleurs, la contribution attendue du secteur de la santé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)², devrait induire un recentrage des actions autour des orientations définies dans le DSRP-2 et plus précisément autour de son axe 2, "*Accélération de la promotion de l'accès aux services sociaux de base*". Il y a lieu de rappeler que le DSRP-2 fixe pour le Ministère de la Santé et de la Prévention, pour l'horizon 2010, les objectifs suivants:

- (i) un taux de couverture vaccinale de plus de 80% (DTC3 ou PENTA) ;
- (ii) un taux de couverture primaire curative de 60% ;
- (iii) un taux de consultation prénatale de 65% (CPN4) ;
- (iv) une proportion d'accouchements assistés par du personnel formé de 70%
- (v) un taux de prévalence du VIH/SIDA de moins de 3%.

La réalisation de ces objectifs assignés au secteur de la santé, pour l'horizon 2010, devrait permettre au secteur de franchir une étape importante dans l'atteinte des OMD - santé au nombre de trois :

- **(i) Réduire la mortalité des enfants** [*cible 5 : réduire de 2/3, entre 1990 et 2015, la mortalité des enfants de moins de 5 ans*] ;

² Le niveau actuel des OMD- santé et les gaps à combler d'ici 2015 figurent en annexe.

- **(ii) Améliorer la santé maternelle** [*cible 6 : réduire de 3/4, entre 1990 et 2015, la mortalité maternelle*] ;
- **(iii) Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et d'autres maladies** [*cible7 : D'ici 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle*] et [*cible 8 : D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle*].

Il faut noter que le niveau des cibles retenues pour le secteur dans le cadre des OMD, témoigne d'un engagement fort de l'Autorité qui nécessite une démarche de rupture.

C'est pourquoi, les interventions du PNDS-II seront orientées prioritairement vers la résorption des gaps actuels pour l'atteinte des OMD. Et ces gaps sont importants pour ce qui concerne la réduction (i) de la mortalité infanto-juvénile et (ii) de la mortalité maternelle, qu'il faudra diminuer respectivement de **78** et de **263,5** points au cours des huit années à venir. Il faudra par conséquent accélérer les interventions et les passer à l'échelle au cours du nouveau plan décennal. Les niveaux d'efforts attendus seront donc particulièrement importants. Il conviendra aussi d'axer l'exécution vers l'atteinte des résultats en faisant en sorte que le programme des opérations soit plus rationnel et que la mise en œuvre soit guidée par un souci constant de la performance.

Les principes qui vont guider la nouvelle démarche pour la mise en œuvre du PNDS-II sont :

- (i) l'utilisation effective du CDSMT comme outil de mise en œuvre conjointe du plan sectoriel et comme base d'élaboration du budget annuel ;
- (ii) la gestion axée sur les résultats et le devoir de rendre compte ;
- (iii) le respect, par le Gouvernement et les partenaires au développement, des principes de la Déclaration de Paris³ de 2005 sur l'Efficacité de l'Aide ;
- (iv) l'effectivité du contrôle citoyen comme moteur de la bonne gouvernance sanitaire locale.

Au plan des stratégies, les orientations du Plan décennal tourneront prioritairement autour :

- (i) de l'accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, infantiles et néonatales ;
- (ii) de l'amélioration de la prévention et de la lutte contre la maladie avec un accent particulier sur les maladies chroniques à soins coûteux ;
- (iii) du renforcement du système de santé, de la multisectorialité, du partenariat public privé et de la bonne gouvernance sanitaire ;
- (iv) de la promotion de l'équité et de l'approche genre ;
- (v) de l'amélioration de la qualité des services et des prestations ;

³ Principes de la Déclaration de Paris de mars 2005 sur l'efficacité de l'aide : « (i) Le Gouvernement fixe les objectifs et assure le leadership, (ii) les partenaires alignent leurs aides aux politiques et stratégies nationales de développement et (iii) harmonisent leurs procédures avec celles de l'Etat, (iv) le Gouvernement et les partenaires utilisent les principes de la gestion axée sur les résultats et (v) acceptent la responsabilité mutuelle des résultats de leurs actions conjointes.

- (vi) du développement des systèmes de couverture du risque maladie pour amoindrir les causes d'exclusion en matière d'accès aux soins, notamment pour les groupes vulnérables (personnes âgées, handicapés, pauvres etc.)

Cette dernière orientation est en rapport avec l'axe stratégique 3 du DSRP, "**Protection sociale, prévention et gestion des risques et catastrophes**", où il est notamment demandé d'initier des mesures pour réduire les risques de basculement des travailleurs dans la pauvreté du fait de la maladie ou de la vieillesse. Elle constituera surtout une opportunité pour un réajustement en faveur de la prise en compte de la demande en services et soins de santé qui ne semble pas avoir été traitée avec toute l'attention requise dans la période de mise en œuvre du premier PNDS.

Les six orientations stratégiques ainsi définies constitueront l'ossature du Plan décennal. Elles seront traduites en programmes fonctionnels à travers le CDSMT qui sera révisé chaque année à l'occasion de la préparation budgétaire.

Le Plan décennal constituera le document d'orientation de la politique sanitaire et le CDSMT le document de mise en œuvre. Ils seront les documents de référence pour la programmation de toutes les interventions sanitaires. L'allocation des ressources humaines, matérielles et financières sera basée sur une logique de résultats avec en ligne de mire les OMD. Autrement dit, les budgets annuels devront indiquer des options claires qui seront principalement orientées vers les interventions susceptibles de faire évoluer favorablement les indicateurs retenus. Nul doute que ces changements de paradigmes nécessiteront un suivi rigoureux, une bonne coordination et une concertation soutenue avec tous les acteurs de la santé qui devront s'approprier les valeurs cardinales du Plan décennal, à savoir le culte du résultat, le partenariat et la transparence.

Afin d'obtenir les ressources nécessaires au secteur de la santé, il faudra élaborer un programme pertinent par rapport à la stratégie de lutte contre la pauvreté (SRP) et apporter la preuve de l'efficacité des interventions mises en œuvre, à travers des revues périodiques qui doivent montrer que les progrès enregistrés, successivement, mènent directement vers l'atteinte des OMD. L'Etat et les partenaires techniques et financiers dégageront les moyens nécessaires pour cela. Le MSP utilisera les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) et d'autres instruments, notamment les études spécifiques sur les coûts unitaires, pour évaluer les moyens requis.

Le deuxième Plan décennal 2009-2018 doit donc consolider les acquis et développer de nouvelles initiatives davantage orientées vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) horizon 2015, en rapport avec le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP II) 2006-2010 et s'appuyant sur le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) 2008-2010 et un Plan de Suivi-Evaluation.

Pour son élaboration l'organisation suivante a été adoptée :

Le Comité de Pilotage : Il est présidé par le Ministre de la Santé et de la Prévention. Il comprend des experts en santé ainsi que les partenaires techniques et financiers.

Les commissions de travail :

Elles sont mises en place pour explorer les domaines prioritaires suivants :

1. Santé de la Mère, du Nouveau né, de l'Enfant et de l'Adolescent
2. Surveillance et contrôle des maladies transmissibles
3. Surveillance et contrôle des maladies non transmissibles
4. Etablissements Publics de Santé et Réforme hospitalière
5. Organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention

6. Pharmacie, Médicaments et Laboratoires
7. Hygiène, Environnement et Assainissement
8. Promotion de la Santé (prévention)
9. Infrastructures, Equipements et Maintenance
10. Ressources humaines
11. Partenariat et Financement de la Santé
12. Planification et Suivi-Evaluation et recherche.

Le Comité de Rédaction :

Les présidents et rapporteurs des commissions et le Chef de la Division de la Programmation et du Suivi budgétaire de la DAGE sont membres du Comité de rédaction présidé par le Conseiller Technique n°1. Le Représentant de l’OMS en est le vice Président et le Coordonnateur de la Cellule d’Appui et de Suivi du PNDS le rapporteur.

Agenda :

- **Lettre d'orientation : 15 jours après 1^{ère} réunion du Comité de Pilotage**
- **Organisation d’une réunion d’orientation**
- **Commissions de travail : elles travailleront durant 2 mois après réception de la lettre d’orientation. (juin - juillet)**
- **Réunion du Comité de Pilotage tous les 2 mois pour valider les documents élaborés par les commissions**
- **Comité de rédaction : il travaillera durant 3 mois après réception des résultats des commissions (août – septembre – octobre) : 1^{er} draft attendu le 30 octobre 2008**
- **Organisation d’un atelier de validation**
- **Adoption politique du Plan décennal**

Au terme du processus, le Ministère de la Santé et de la Prévention disposera de 3 documents :

1. un deuxième Plan décennal de Développement sanitaire couvrant la période 2009-2018
2. un CDSMT révisé tenant compte du nouveau plan
3. un plan de Suivi/ Evaluation

Les documents doivent être disponibles avant le 15 décembre 2008.

Annexe 2

Liste des documents de référence pour l'élaboration du PNDS 2009-2018



| |
|---|
| LISTE DOCUMENTS DE REFERENCE Pour l'élaboration du deuxième Plan décennal de Développement sanitaire 2009-2018 |
|---|

1. Déclaration de la Politique Nationale de Santé (juin 1989)
2. Nouvelles Orientations de la Politique de Santé et d'Action sociale (juin 1995)
3. Lettre de Politique Sectorielle, Santé et Action sociale (mars 1997)
4. Plan National de Développement Sanitaire et Social du Sénégal (PNDS 1998-2007)
5. Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS 1998-2002)
6. Plan général d'Aménagement du Territoire (décembre 1999)
7. Evaluation finale du PDIS 1998-2002 et des PRDS/PDDS, Rapport final (novembre 2003)
8. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)-Phase II : 2004-2008
9. Décret 2004-1404 du 04 novembre 2004 portant organisant du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale
10. Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté, DSRP II (2006-2010)
11. Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (2008-2010)
12. Rapport de performances 2006 et rapport de performances 2007 du CDSMT-Santé
13. Rapport statistiques sanitaires 2007 (mai 2008)

Annexe 3

Tableau de distribution de la population par région en 2004

| Régions | Population | | Superficie | | Densité |
|-------------------------|-----------------|-------------|---------------|-------------|-----------|
| | hbts | % | Km2 | % | hbts/km2 |
| Dakar | 2399451 | 23% | 547 | 0.3% | 4387 |
| Diourbel | 1144009 | 11% | 4903 | 2.5% | 233 |
| Fatick | 643505 | 6% | 7910 | 4.0% | 81 |
| Kaolack et Kaffrine | 1114292 | 11% | 15449 | 7.9% | 72 |
| Kolda et Sédhiou | 893867 | 8% | 21112 | 10.8% | 42 |
| Louga | 714732 | 7% | 25254 | 12.9% | 28 |
| Matam | 461836 | 4% | 29041 | 14.8% | 16 |
| St-Louis | 738724 | 7% | 19241 | 9.8% | 38 |
| Tambacounda et Kédougou | 650399 | 6% | 59542 | 30.4% | 11 |
| Thiès | 1358658 | 13% | 6670 | 3.4% | 204 |
| Ziguinchor | 444830 | 4% | 7352 | 3.8% | 61 |
| Total Pays | 10564303 | 100% | 196021 | 100% | 54 |

Source : Projections de population du Sénégal issues du Recensement de 2002, DPS,2004

Annexe 4

Les indicateurs clés sur le Sénégal

| Indicateurs | Sénégal |
|--|------------------------|
| Population estimée (projection 2008) | 11.343.328 |
| Superficie (km ²) | 196.722 |
| Taux d'urbanisation en % (en 2002) | 40,7 |
| Population totale des femmes (en 2004) | 5.494.434 |
| Population totale des hommes (en 2004) | 5.069.869 |
| Taux d'accroissement naturel % (entre 2002 et 2006) | 2,4 |
| Densité (Nbre d'habitants / km ²) en 2006 | 54 |
| PIB (en 2006) | 4 846,44 milliards CFA |
| PIB par tête (en 2006) | 437 562 CFA |
| Revenu national brut (en 2004) | 3.906,50 milliards CFA |
| Taux d'inflation (en 2007) | 5,9% |
| Indice de développement humain (2003) | 0,458 |
| Espérance de vie à la naissance | 54 ans |
| Age médian au 1er rapport sexuel (hommes de 25-59 ans) | 20, |
| Age médian au 1er rapport sexuel (femmes de 20-49 ans) | 18,7 |
| Age médian à la 1ère union (femmes de 20-49 ans) | 18,5 |
| Age médian à la 1ère union (hommes de 30-59 ans) | 28,1 |
| Adolescentes mères (15-19 ans) en % | 18,9 |
| Indice synthétique de fécondité (Nombre moyen d'enfants par femme) | 5,3 |
| Taux de mortalité infantile (0-1 an) en ‰ | 61 |
| Taux de mortalité juvénile (1-4 ans révolus) en ‰ | 64 |
| Taux de mortalité infanto juvénile (0-4 ans révolus) en ‰ | 121 |
| Taux de prévalence du VIH/SIDA (EDS, 2005) | 0,7 |
| Taux brut de scolarisation combinée en % (2005) (80,6 pour les femmes et 84.4 pour les hommes) | 82.5 |
| Taux brut de scolarisation en % | 62,7 |
| Taux Net de scolarisation en % | 45,0 |
| Taux d'analphabétisme en % | 40,9 |
| Taux d'analphabétisme des hommes en % | 31,7 |
| Taux d'analphabétisme des femmes en % | 49,7 |

Source : ANSD : Rue de St Louis x Rue de Diourbel - Point E BP 116 Dakar RP –Sénégal
Tél: (221) 33 869 21 39 / 33 869 21 60 - Fax (221) 33 824 36 15 ; Site WEB: www.ansd.sn

Annexe 5

Tableau sur la situation des personnels médicaux et paramédicaux des hôpitaux en 2007

| Catégories socio professionnelles | EPS 3 | EPS 2 | TOTAL |
|---|-------------|------------|-------------|
| Radiologues | 15 | 6 | 21 |
| Ophthalmologistes | 7 | 10 | 17 |
| dermatologues | 4 | 4 | 8 |
| cardiologues | 12 | 7 | 19 |
| psychiatres | 7 | 3 | 10 |
| chirurgiens généralistes | 46 | 19 | 65 |
| chirurgiens dentistes | 21 | 13 | 34 |
| médecins anesthésistes réanimateurs | 14 | 6 | 20 |
| médecins généralistes | 68 | 43 | 111 |
| médecins internes | 17 | 0 | 17 |
| ORL | 6 | 3 | 9 |
| neurochirurgiens | 16 | 1 | 17 |
| Urologues | 4 | 3 | 7 |
| Pédiatres | 32 | 9 | 41 |
| Gynéco obstétriciens | 12 | 12 | 24 |
| pharmaciens | 33 | 11 | 44 |
| préparateurs en pharmacie | 17 | 0 | 17 |
| SFE | 96 | 103 | 199 |
| techniciens supérieurs en anesthésie réa | 57 | 29 | 86 |
| techniciens supérieurs en imagerie médicale | 30 | 19 | 49 |
| techniciens supérieurs en kinési | 23 | 20 | 43 |
| techniciens supérieurs en odonto | 6 | 13 | 19 |
| Infirmiers | 683 | 340 | 1023 |
| aides infirmiers | 597 | 274 | 871 |
| assistant social | 37 | 17 | 54 |
| aide social | 25 | 17 | 42 |
| TOTAL | 1885 | 982 | 2867 |

Sources : Carte Sanitaire 2008

Annexe 6

Tableau sur la répartition du personnel étatique des districts selon la région en 2007

| PERSONNEL ETATIQUE | Synthèse Région | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| | DK | DL | FK | KL | KD | LG | MT | SL | TC | TH | ZG | Total |
| Nombre de médecin | 27 | 11 | 12 | 9 | 4 | 10 | 6 | 8 | 14 | 25 | 6 | 132 |
| Nombre de sages femmes | 168 | 34 | 19 | 19 | 16 | 26 | 9 | 24 | 24 | 69 | 30 | 438 |
| Nombre d'infirmiers ou agents sanitaires | 137 | 100 | 133 | 106 | 70 | 86 | 92 | 109 | 121 | 201 | 117 | 1272 |
| Nombre de T.S.S | 29 | 12 | 7 | 13 | 4 | 5 | 5 | 5 | 14 | 13 | 4 | 111 |
| Nombre d'agents d'hygiène et assimilés | 45 | 27 | 29 | 19 | 20 | 41 | 7 | 33 | 24 | 32 | 14 | 291 |
| Autres catégories socioprofessionnelles | 130 | 28 | 14 | 16 | 8 | 27 | 4 | 11 | 15 | 69 | 10 | 332 |
| TOTAL | 536 | 212 | 214 | 182 | 122 | 195 | 123 | 190 | 212 | 409 | 181 | 2576 |

Sources : Carte Sanitaire 2008

Annexe 7

Tableau sur la répartition du personnel contractuel et communautaire des districts selon la région en 2007

| PERSONNEL COMMUNAUTAIRE | Synthèse Région | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|
| | DK | DL | FK | KL | KD | LG | MT | SL | TC | TH | ZG | Total |
| Nombre de médecin | 12 | 10 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 28 |
| Nombre de SFE | 5 | 9 | 7 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 0 | 9 | 0 | 40 |
| Nombre d'infirmiers ou agents sanitaires | 35 | 35 | 3 | 7 | 3 | 12 | 35 | 34 | 2 | 8 | 0 | 174 |
| Nombre de Matrone | 15 0 | 18 7 | 16 9 | 25 1 | 112 | 26 0 | 4 | 33 8 | 14 3 | 56 | 26 7 | 1937 |
| Nombre de A.S.C | 25 8 | 15 8 | 43 1 | 35 2 | 308 | 25 2 | 16 8 | 37 9 | 15 0 | 17 9 | 25 5 | 2890 |
| Autres catégories socioprofessionnelles | 68 | 26 5 | 24 7 | 23 3 | 936 | 24 0 | 20 7 | 57 | 15 8 | 87 | 0 | 2498 |
| TOTAL | 52 8 | 66 4 | 85 7 | 84 4 | 136 1 | 76 8 | 41 6 | 81 2 | 45 3 | 34 2 | 52 2 | 7567 |

Sources : Carte Sanitaire 2008

Annexe 8

Tableau sur les besoins au niveau national selon les catégories médicales et paramédicales d'ici 2013

| CSP | Gap de l'existant dans les structures de soins | Gap de l'existant dans ECR et ECD | Prévisions 2008 et 2013 | TOTAL | % |
|---|--|-----------------------------------|-------------------------|-------|-------|
| Radiologue | 18 | | 37 | 55 | 0,3 |
| Ophthalmologiste | 31 | | 50 | 81 | 0,4 |
| Dermatologue | 31 | | 50 | 81 | 0,4 |
| Cardiologue | 38 | | 57 | 95 | 0,5 |
| Psychiatre | 29 | | 48 | 77 | 0,4 |
| Chirurgien Générale | 88 | | 148 | 236 | 1,2 |
| Chirurgien dentiste | 17 | | 36 | 53 | 0,3 |
| Médecin anesthésiste / Réa | 40 | | 78 | 118 | 0,6 |
| Médecin généraliste | 2 | 38 | 43 | 83 | 0,4 |
| Médecin compétent (SONU) | 62 | | 103 | 165 | 0,8 |
| <i>Medecin interne</i> | 55 | | 55 | 110 | 0,6 |
| ORL | 66 | | 85 | 151 | 0,8 |
| Neurochirurgien | 58 | | 77 | 135 | 0,7 |
| Urologue | 50 | | 69 | 119 | 0,6 |
| Pédiatre | 94 | | 132 | 226 | 1,1 |
| Gynéco-obstétricien | 79 | | 117 | 196 | 1,0 |
| Pharmacien | 16 | | 30 | 46 | 0,2 |
| <i>Preparateur en Pharmacie</i> | 85 | | 126 | 211 | 1,1 |
| ingénieur biologiste (ou biologiste) | 12 | | 31 | 43 | 0,2 |
| Sage femme d'Etat | 968 | 10 | 2151 | 3129 | 15,9 |
| Technicien Supérieur de santé (sans maîtrise des SI) | 13 | | 51 | 64 | 0,3 |
| Technicien Supérieur de santé (avec maîtrise des SI) | 148 | 204 | 250 | 602 | 3,1 |
| TS en anesthésie/ réanimation | 108 | | 260 | 368 | 1,9 |
| TS en imagerie médicale | 14 | | 71 | 85 | 0,4 |
| TS en Kinésithérapie | 31 | | 50 | 81 | 0,4 |
| TS en Labo/Biologie | -24 | | 19 | 18 | 0,1 |
| TS en odontologie | 73 | | 133 | 206 | 1,0 |
| TS en ophtalmologie | -7 | | 19 | 19 | 0,1 |
| Technicien maintenance | 68 | | 166 | 234 | 1,2 |
| Infirmier d'Etat (assistant infirmier, agent sanitaire) | 3433 | | 6780 | 10213 | 51,9 |
| Aide Infirmier | 341 | | 1291 | 1632 | 8,3 |
| Assistant social | -23 | 48 | 26 | 26 | 0,1 |
| Aide social | 22 | | 53 | 75 | 0,4 |
| Sous-officier d'hygiène | 10 | 17 | 10 | 37 | 0,2 |
| Agent d'hygiène | 195 | | 359 | 554 | 2,8 |
| Auxiliaire d'hygiène | 12 | | 50 | 62 | 0,3 |
| | | | | 19686 | 100,0 |

Extrait Carte sanitaire 2009-2013

TS= Technicien Supérieur

Annexe 9

Tableau sur les perspectives de financement sur ressources extérieures de 2007 A 2011 (en millions de F.CFA)

| PERSPECTIVES DE FINANCEMENT SUR RESSOURCES EXTERIEURES DE 2007 A 2011(en millions de F.CFA) | | | | | | | | |
|--|--------------------|------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| SOURCES DE FINANCEMENT | MONTANT CONVENTION | AVANT 2006 | EXECUTION 2006 | PROJECTIONS | | | | |
| | | | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| ARMD II | 4166,2 | 2067,31 | 489,57 | 804,7 | 804,7 | | 0 | 0 |
| ASSRMKF | 6066,0 | | 0,00 | 1516,5 | 1516,5 | 1516,5 | 1516,5 | 0 |
| BAD | 9460,0 | 1797,13 | 846,69 | 2272,1 | 2272,1 | 2272,1 | 0 | 0 |
| BID/RM TAMBA | 5732,3 | | 86,97 | 1882 | 1882 | 1882 | 0 | 0 |
| ARABIE SEODITE/DALAL JAMM | 5318,6 | | 0,00 | 0 | 500,0 | 1606,2 | 1606,2 | 1606,2 |
| DAHW | ND | | 133,44 | 130 | 130 | 130 | 130 | 0 |
| FAC/FSP/RECH | ND | 0 | 413,90 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FAC/FSP/SANT URB | 699,0 | 743,3 | 9,92 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FAC/FSP/BILH | 200,0 | 200 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FAC/RH | 2300,0 | 2289,3 | 10,70 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| France APPUI HOP. Principal | ND | 1572,00 | 1579,80 | 360,3 | 419,2 | 419,2 | 0 | 0 |
| FAC/SIDA | ND | ND | 110,43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FM.SIDA | 8000,0 | | 1336,49 | 2048 | 500 | 0 | 0 | 0 |
| FM/PNLP | 5000,0 | | 4142,95 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FND | | | 3686,63 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FNUAP | 1880,0 | | 98,52 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FONDS GAVI | ND | | 689,55 | 689,55 | 689,55 | 689,55 | 689,55 | 689,55 |
| IDA/PMLS | 22066,0 | | 11030,03 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| JICA | ND | | 806,49 | 80,2 | 80,2 | 80,2 | 0 | 0 |
| LHL/PNT | 833,1 | | 374,85 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PNT USAID | ND | | 211,34 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PRN/SANTE | 402,8 | | 22,82 | 100,7 | 100,7 | 100,7 | 100,7 | 0 |
| USAID/SO AG 685-0309 | 37895,0 | | 1516,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| USAID/SO AG 685-012 | 60198,0 | | 0,00 | 10667 | 10667 | 10667 | 10667 | 10667 |
| OMS/BIENUM 2006/2007 | 2824,5 | | ND | 1412,25 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| OMS/BIENUM 2008/2009 | 3 316,0 | | 0,00 | 0 | 1658 | 1658 | 0 | 0 |
| TOTAL | | | 27586,80 | 20190,75 | 19142,75 | 18944,25 | 14709,95 | 12962,75 |

Source : DAGE/MBP

Annexe 10

Matrices de mesures pour la mise en œuvre du PNDS-2009-2018

| Stratégie | Mesures | Responsable |
|--|---|--|
| Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles | Elaborer et mettre en œuvre un plan stratégique pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant | Direction de la Santé |
| Lutte contre la maladie | Elaborer et mettre en œuvre un plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles, chroniques à soins coûteux | Direction de la Santé |
| Ancrage de la Promotion de la santé | Valider et mettre en œuvre le plan stratégique pour la promotion de la Santé | Service chargé l'Education pour la santé |
| Renforcement de la prise en charge des cas | Passer à l'échelle les bonnes pratiques et initiatives communautaires réussies | Direction de la santé |
| | Prendre un acte réglementaire portant application du document organisant la référence te la contre référence | SAMU |
| Intégration surveillance épidémiologique et riposte | Réviser et mettre en œuvre le plan stratégique de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte | Direction chargée de la Prévention |
| | | |
| Renforcement du système de santé | Réactualiser les normes en personnels, infrastructures et équipements | Structure chargée de la Planification |
| | Elaborer un plan de Développement des Ressources Humaines 2009-2013 | Direction des Ressources humaines |
| | Mettre en place un plan de renouvellement des équipements | Structure chargée des Equipements |
| | Mettre en place un plan d'équipements | |
| | Assurer la gestion informatisée des équipements et mettre en œuvre une politique de maintenance | |
| | Mettre en place un plan de développement des RH | Direction des Ressources humaines |
| | Assurer la gestion informatisée du personnel | |
| Accroissement du financement de la demande, | Régler le problème de l'efficacité de l'allocation budgétaire | Structure chargée du financement de la santé |
| | Définir un cadre réglementaire sur la mutualité | |
| | Réviser les dépenses de soins en fonction des niveaux de la pyramide | |
| | | |
| Amélioration de la gouvernance sanitaire. | Définir une politique d'intégration du secteur privé dans la mise en œuvre des programmes de santé | Cabinet |
| | Créer un cadre de concertation MSP/Enseignement supérieur en vue du relèvement de l'effectif des médecins notamment en spécialistes | Direction des Ressources humaines |
| Suivi et Evaluation | Elaborer un plan de suivi et évaluation du PNDS2009-2018 | Structure chargée de la planification |

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un but – Une foi

 **Ministère de la Santé et de la Prévention**

Le Ministre

02167

N°...../MSP / CAS-PNDS

Dakar le

18 MAR 2008

NOTE DE SERVICE

Objet : Comité de pilotage pour l'élaboration du deuxième Plan décennal de développement sanitaire 2009-2018

Il est créé au niveau du Ministère de la Santé et de la Prévention, un Comité de pilotage pour l'élaboration du deuxième Plan décennal de développement sanitaire du Sénégal 2009-2018.

Le comité a pour mission d'assurer un suivi de la préparation du Plan décennal, PNDS II 2009-2018. Il examine et valide les propositions issues des différentes étapes du processus d'élaboration du Plan décennal et du Programme quinquennal 2009-2013.

Le comité sera, entre autres, chargé de :

- d'élaborer et valider le document d'orientation du plan décennal ;
- confectionner le tableau de bord des activités préparatoires ;
- mettre en place des commissions de travail ;
- formuler régulièrement des recommandations à Madame le Ministre de la Santé et de la Prévention pour le respect des échéances ;
- rédiger la première version du Plan décennal ;
- élaborer le projet de Programme quinquennal ;
- organiser une table ronde de Bailleurs de fonds.

Le Comité de pilotage est composé ainsi qu'il suit :

Président : Ministre de la Santé et de la Prévention ou son représentant

Rapporteur : Coordonnateur de la Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS (CAS/PNDS)

Membres :

1. Le Directeur de Cabinet
2. Le Secrétaire Général
3. L'Inspecteur des Affaires Administratives et Financières
4. L'Inspecteur de la Santé
5. Le Conseiller Technique n°1
6. Le Conseiller Technique n°2

7. Le Conseiller Technique chargé de la Communication
8. Le Conseiller Technique Population
9. Le Conseiller Technique chargé de la Coopération Française
10. Le Chef de la Cellule Informatique
11. Le Conseiller Technique chargé de la Coopération
12. Le Conseiller Technique chargé de la Pharmacie
13. Le Conseiller Technique chargé du Partenariat Public Privé
14. Le Conseiller Technique chargé de la Décentralisation
15. Le Conseiller Technique chargé de l'Economie de la Santé et de la Décentralisation
16. Le Coordonnateur du Programme National Qualité
17. Le Directeur de la Santé
18. Le Directeur des Etablissements de Santé
19. Le Directeur de la Prévention médicale
20. Le Directeur de la Pharmacie et des Laboratoires
21. Le Directeur des Ressources humaines
22. Le Directeur des Equipements médicaux
23. Le Directeur de l'Administration générale et de l'Equipement
24. Le Directeur de la Pharmacie nationale d'Approvisionnement
25. Le Chef du Service national de l'Hygiène
26. Le Chef du Service national de l'Education et de l'Information pour la Santé
27. Le Chef de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
28. Le Chef du Service national de l'Information sanitaire
29. Le Directeur du SAMU National
30. Le Médecin-chef de la Région médicale de Dakar
31. Les Chargés de Programme de la CAS_PNDS
32. Le Représentant de l'OMS, Chef de file des Partenaires au développement
33. Les Représentants des Partenaires au Développement :
 - a. UNICEF
 - b. UNFPA
 - c. PNUD
 - d. Banque Mondiale
 - e. Union Européenne
 - f. BAD
 - g. BID
 - h. USAID
 - i. Coopération Belge
 - j. CTB
 - k. Mission de Coopération Luxembourgeoise
 - l. Lux-Development
 - m. JICA
 - n. Coopération Française
 - o. GTZ
34. Le Représentant de l'Université
35. Le Représentant du RESSIP /CONGAD
36. Le Représentant de l'Union des Associations d'Elus locaux
37. Le Représentant du Ministère de la Décentralisation et des Collectivités locales
38. Le Représentant de la Direction Générale du Plan/MEF
39. Le représentant de la DCEF / Ministère de Economie et des Finances (MEF)
40. Le représentant de la DDI / Ministère de Economie et des Finances (MEF)
41. Le Représentant de la Direction des Infrastructures médicales / MUHHUHPA

42. Le Représentant du Ministère de l'Education
43. Le Représentant du Ministère Chargé de la Femme
44. Le Représentant du Ministère chargé de la Coopération décentralisée

Secrétariat :

- CAS-PNDS (Cellule d'Appui et de Suivi du Plan national de Développement sanitaire)

Le comité peut s'adjoindre toute personne dont les compétences sont jugées utiles à l'accomplissement de ses missions.

Le comité se réunit au moins une fois par mois sur convocation de son président.

La présente remplace la note de service n°7138/MSPM/CAS-PNDS du 07 septembre 2007.

Ampliations :

- DC/MSPM
- SG/MSPM
- Inspection
- Tous Conseillers
- Tous Directeurs
- Tous Chefs de service
- Tous Médecins-chefs de région
- Tous Partenaires au Développement
- Tous Partenaires sociaux
- Intéressés
- Chrono
- Archives

