



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une Foi
MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

*PROGRAMME
D'INVESTISSEMENTS
SECTORIELS 2011-2015*

PREFACE

Le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 traduit de façon concrète la politique du gouvernement du Sénégal en matière de Santé et d'Action Sociale. C'est un cadre de planification à moyen et long termes. La définition des Nouvelles Orientations de la Politique de Santé et d'Action Sociale a permis la traduction des priorités du PNDS en Programme d'Investissements Sectoriel (PIS) pour la période 2011-2015.

Les priorités du Programme d'Investissements Sectoriel ont tenu compte du cadre tracé par le Document de politique Economique et Social. Ces priorités concernent la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile, la prévention et la lutte contre la maladie, le renforcement du système de santé et l'amélioration de la gouvernance sanitaire avec des objectifs pertinents dont la réalisation nécessite la mobilisation de ressources financièrement estimées à environ 1050 milliards de francs CFA pour les 5 années du Programme.

Ce programme quinquennal est un outil complémentaire de mise en œuvre du PNDS en plus du CDSMT et comprend les prévisions en matière d'investissements

La mise en œuvre du Programme d'investissement Sectoriel devrait permettre de construire et d'équiper 32 postes de santé, 13 centres de santé, 3 nouveaux hôpitaux régionaux et 26 nouveaux centres de promotion et de réinsertion sociale en plus d'un vaste programme de réhabilitation et de renouvellement de la logistique roulante qui va intéresser toutes les structures sanitaires. Tout cela sera accompagné de réformes et de nouveaux programmes relatifs aux médicaments, à la pharmacie et au financement de la santé et de l'Action Sociale.

Le PIS est un instrument indispensable aux différents acteurs impliqués dans le secteur de la santé car il met l'accent sur le calendrier de réalisation des investissements prioritaires, les zones ciblées, les bénéficiaires et les sources de financement. Nous les engageons donc, ainsi que tous les partenaires au développement qui soutiennent le renforcement du système de santé et qui comptent souscrire au Compact santé, à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre performante.

Le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale

Awa Marie Coll SECK

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS	3
RESUME.....	Erreur ! Signet non défini.
INTRODUCTION.....	Erreur ! Signet non défini.
I. CONTEXTE GENERAL	Erreur ! Signet non défini.
II. RAPPEL DES OBJECTIFS DU PNDS 2009-2018	Erreur ! Signet non défini.
III. OBJECTIFS DU PIS 2011-2015.....	Erreur ! Signet non défini.
IV. DESCRIPTION DES INTERVENTIONS DU PNDS.....	Erreur ! Signet non défini.
4.1. STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE.....	Erreur ! Signet non défini.
4.2. CONTENU DES PROGRAMMES OPERATIONNELS	Erreur ! Signet non défini.
4.2.1. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	Erreur ! Signet non défini.
4.2.2. Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ..	Erreur ! Signet non défini.
4.3. REFORMES ET AUTRES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT DU PNDS/PIS	Erreur ! Signet non défini.
V. INTERVENTIONS PRIORITAIRES DU QUINQUENNAT 2011-2015	Erreur ! Signet non défini.
5.1. INTERVENTIONS A HAUT IMPACT	Erreur ! Signet non défini.
5.2. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME SANITAIRE	Erreur ! Signet non défini.
5.2.1. RESSOURCES HUMAINES.....	Erreur ! Signet non défini.
5.2.2. INFRASTRUCTURES SANITAIRES	Erreur ! Signet non défini.
5.2.3. EQUIPEMENTS ET MOBILIER	Erreur ! Signet non défini.
5.2.4 LOGISTIQUE ROULANTE.....	Erreur ! Signet non défini.
5.2.5. EQUIPEMENTS INFORMATIQUES.....	Erreur ! Signet non défini.
5.2.6. MEDICAMENTS ET APPROVISIONNEMENTS.....	Erreur ! Signet non défini.
5.2.7 FINANCEMENT DE LA SANTE	Erreur ! Signet non défini.
VI. METHODOLOGIE.....	Erreur ! Signet non défini.
VII. EVALUATION DES COÛTS.....	Erreur ! Signet non défini.
VIII – Résultats d'impact attendus.....	Erreur ! Signet non défini.

IX. BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT	Erreur ! Signet non défini.
CONCLUSION	Erreur ! Signet non défini.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADO	Adolescents
AES	Accident d'Exposition au Sang
BREIPS	Bureau Régional de l'Education et de l'Information Sanitaire
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDS-MT	Cadre de Dépenses sectoriel à Moyen Terme
CPN	Consultation Prénatale
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CPON	Consultation Post Natale
CSP	Catégories Socio Professionnelles
CSR	Centre de Santé de Référence
CSS	Centre de Santé Secondaire
DPES	Document de Politique Economique et Sociale
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC/CCC	Information, Education Communication / Communication pour le Changement de Comportement
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MSAS	Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Prévention
MSN	"Men having sex with men" (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)
MTN	Maladies Tropicales Négligées

OCB	Organisations Communautaires de Base
OSC	Organisations de la Société Civile
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIS	Programme d'Investissements Sectoriel
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PTA	Plan de Travail Annuel
PTME	Programme de Lutte contre la Transmission Mère-Enfant
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SAA	Soins Après Avortement
SFE	Sage Femme diplômé d'Etat
SMNI	Soins Maternels, Néonataux et Infantiles
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SPNN	Soins Péri et Néonataux
TPI	Traitement Préventif Intermittent

RESUME

Le Programme d'investissement sectoriel 2011-2015 (PIS) est un document de planification opérationnelle des interventions en matière de santé entrant dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2009-2018. Ce programme quinquennal est un outil complémentaire de mise en œuvre du PNDS en plus du CDSMT et comprend les prévisions en matière d'investissements.

Les objectifs du PIS sont les mêmes que ceux du PNDS et du CDSMT. En réalité, le PIS est mis en œuvre à travers le CDSMT. Il présente cependant l'avantage d'assurer une lisibilité des interventions sur une période quinquennale avec une certaine prévisibilité des ressources notamment le financement extérieur. Le suivi et l'évaluation sont faits à travers les instruments du plan de suivi et évaluation du PNDS.

Le PIS, dans sa structure, rappelle l'essentiel du contenu du PNDS en termes d'orientation, d'approche et d'intervention en insistant sur les objectifs sectoriels, les interventions à haut impact, les mesures prises pour le renforcement durable du système de santé et les réformes nécessaires pour améliorer les performances du secteur. Il participe au renforcement des programmes de santé de la reproduction et de lutte contre la maladie en ciblant les interventions qui ont un impact direct sur la réalisation des OMD-santé. Les paquets d'activités intégrées à renforcer sont identifiés et la stratégie d'enrôlement des zones ciblées bien définies avec une programmation rigoureuse des interventions.

Les investissements à réaliser sont en cohérence avec la carte sanitaire en termes d'infrastructures, d'équipements biomédicaux, de médicaments et de personnels. Les investissements prioritaires concernent la construction / réhabilitation d'infrastructures de santé, les équipements (biomédicaux, logistiques, informatiques), les dépenses en rapport avec le développement des ressources humaines, les médicaments et la maintenance. La priorité a été accordée à la résorption des gaps de couverture sanitaire identifiés par la carte sanitaire en privilégiant les zones pauvres, les districts et collectivités locales nouvellement créés.

Sur le plan des ressources humaines, les médecins constituent 17,7% du personnel de soins contre 14,9% pour les TSS, 48,7% pour les infirmiers, 16,2% pour les SFE et 2,4% pour les chirurgiens dentistes. La situation actuelle des effectifs est caractérisée en effet par un déficit global accentué par une mauvaise répartition du personnel en faveur de la capitale Dakar. Le Plan national de développement des ressources humaines estime les besoins en recrutement au cours de la période 2011-2015 à 600 médecins, 800 techniciens supérieurs de la santé, 3000 SFE et 6000 infirmiers. Autant dire que le défi est énorme.

Le programme de réalisation d'infrastructures sanitaires du PIS comprend entre autres (i) la construction de **32** nouveaux postes de santé dans les communautés rurales non couvertes, (ii) la construction de **6** nouveaux centres de santé conformément à l'arrêté 01259 MSP/SG/BL du 12/02/2010 fixant un nouveau découpage des districts sanitaires, (iii) la transformation de **5** postes de santé en centres de santé dans des localités devenues plus importantes en termes de populations ou passées de communautés rurales à communes et (iv) la construction de **3** nouveaux hôpitaux régionaux (Kaffrine, Sédhiou, Kédougou). En outre, dans le cadre du renforcement du secteur social, il est prévu la rénovation de 20 centres de promotion et de

réinsertion sociale (CPRS) et la construction et l'équipement de 26 autres dans les localités dépourvues.

Le PIS a également un important volet "équipements" qui concerne la dotation des nouvelles créations, le renouvellement de matériels biomédicaux au niveau des formations sanitaires à tous les niveaux et l'acquisition d'équipements de pointe pour le relèvement des plateaux techniques des hôpitaux. Il y a aussi un important volet d'équipements logistique et Informatiques.

Le budget du PIS est estimé à **1 049** milliards FCFA pour la période 2011-2015 soit 210 milliards en moyenne par an. La répartition selon la catégorie de dépenses, sur la base des projections du PNDS est de : (i) 37,9 % pour les dépenses de fonctionnement ; (ii) 37, 3 % pour les dépenses de personnels; (iii) 22,1 % pour les dépenses d'investissements et (iv) 2,7% pour la maintenance. L'Etat est le premier des bailleurs en supportant 64% des dépenses, suivi par les populations (18%) qui dépassent de très loin les Collectivités locales (5%). Les PTF contribuent pour environ 13% du financement.

Le PIS permettra d'améliorer la mise en œuvre du PNDS à travers le CDSMT. En effet, avec l'opportunité offerte par le Compact en termes de meilleur suivi de l'exécution du PNDS et des engagements de l'Etat et des PTF, le PIS contribuera sûrement à une meilleure allocation des ressources de la santé, à la qualité et à la synergie des interventions et à l'accroissement des performances pour la réalisation des OMD à terme.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, l'espace UEMOA a entrepris des réformes profondes des finances publiques visant entre autres à une rationalisation des dépenses publiques et une meilleure allocation des ressources dans ces Etats membres. Ces réformes visent à asseoir, de façon durable, une gestion efficace et coordonnée basée sur la transparence et la redevabilité.

Dans cette perspective, la gestion axée sur les résultats est promue, la planification à la base sera renforcée et le système d'allocation des ressources rendu plus équitable avec son corollaire la mise en œuvre d'outils de planification comme le CDMT ...

Dans le secteur de la Santé, l'année 2010 correspond en fait à la deuxième année de mise en œuvre du nouveau PNDS 2009-2018 qui a décliné une nouvelle vision sensiblement plus large et en même temps un peu plus précise que la précédente. Le PNDS qui est le plan stratégique du secteur est structuré autour de quatre objectifs et de 11 orientations stratégiques suivantes.

La mise en œuvre du deuxième plan décennal du secteur de la santé comprend le jalon important de l'année 2015 relative à l'atteinte des OMD. Bien qu'il soit globalement dans la continuité du premier PNDS (1998 – 2007), le PNDS 2 amplifie les efforts en direction notamment de la cible mère/enfant. D'autres préoccupations importantes telles que l'accès universel aux soins, la prise en charge des maladies à soins coûteux ainsi que la gestion axée sur les résultats ont été prises en compte dans le plan stratégique.

La deuxième année d'exécution du PNDS 2009-2018 devrait voir un début de mutations importantes dans le sens de l'accélération des progrès pour l'atteinte des OMDs. Ces mutations devraient concerner autant la mobilisation des ressources que les performances dans l'exécution des activités techniques. Dans un tel contexte, il y a lieu d'exploiter judicieusement aussi bien les ressources intérieures que les appuis des partenaires techniques et financiers. Ces derniers, du fait d'un environnement économique difficile, sont de plus en plus exigeants quant à l'atteinte de résultats probants attachés à leurs appuis et l'application des réformes initiées.

En application de ces réformes sur la gestion des finances publiques, le ministère de la santé a commencé l'élaboration des instruments de planification comme le CDSMT et le PIS... pour une meilleure rationalisation des ressources.

Ces instruments de planification et d'évaluation, faut-il le rappeler, permettent une meilleure utilisation des ressources du secteur et d'évaluer l'atteinte des résultats attendus et la façon dont les ressources allouées au secteur de la santé ont été utilisées. L'analyse des performances enregistrées concerne les différents démembrements du MSAS dans les limites strictes des organisations et des interventions qui sont sous sa responsabilité directe.

Cette approche a un double avantage. Elle permet une lisibilité sur la disponibilité des ressources publiques sur une période de trois (3) ans et garantit un alignement des interventions sur le PNDS à travers les quatre (4) programmes fonctionnels du CDSMT : (i) santé de la mère de l'enfant, du nouveau-né et l'adolescent, (ii) prévention et lutte contre la maladie, (iii) renforcement du système de santé et (iv) gouvernance sanitaire.

Aussi l'élaboration d'un programme d'investissement sectoriel santé (PIS) sur une période de cinq (5) ans permet de mieux tirer profit du CDSMT en améliorant la prévisibilité des investissements en termes de réalisation ou de réhabilitation d'infrastructures sanitaires, de renouvellement des équipements et de dotation des formations sanitaires en personnels de santé. Le PIS est un instrument accessible aux différents acteurs impliqués dans le secteur de la santé car il met l'accent sur le calendrier de réalisation des investissements prioritaires, les zones ciblées, les bénéficiaires et les sources de financement. Il s'agit par conséquent d'un outil nécessaire pour tout partenaire au développement qui soutient le renforcement du système de santé et qui compte souscrire au Compact santé du Sénégal.

Le présent PIS rappelle l'essentiel du contenu du PNDS en insistant sur les objectifs sectoriels, les interventions à haut impact, les mesures prises pour le renforcement durable du système de santé et les réformes nécessaires pour améliorer les performances du secteur. Il met l'accent sur la nature des investissements à réaliser en cohérence avec la carte sanitaire en termes d'infrastructures, d'équipements biomédicaux, de médicaments et de personnels.

I. CONTEXTE GENERAL

Le Sénégal a connu deux programmes sectoriels santé décennaux avec l'avènement de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté intervenue dans un contexte de rareté persistante des ressources. Des initiatives internationales comme l'initiative PPTE furent prises pour aider les pays en voie de développement qui étaient engagés dans cette voie comme le Sénégal. C'est ainsi que le PNDS 1998-2007 a été revu au cours de sa seconde phase quinquennale pour mieux cadrer avec le DSRP. C'est cette même logique qui a guidé le MSAS dans sa participation à l'élaboration du Document de politique économique et sociale qui vient d'être adopté avec comme objectif de continuer à garder la cohérence entre ce nouveau document cadre et le PNDS. Qu'il s'agisse du DSRP et du PNDS de première génération ou du PNDS et du DPES actuels, la logique est restée la même : aligner les priorités du PNDS sur celles du DPES et s'inspirer du cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) pour mettre en place un cadre de dépenses sectoriel avec le même horizon triennal.

La stratégie nationale de lutte contre la pauvreté qui s'appuie sur une hypothèse de croissance économique durable autour de 7% suppose des options de développement claires en matière d'investissements structurants sous tendus par un environnement des affaires amélioré, des finances publiques assainies, une allocation des finances publiques plus efficace et la transparence dans la gestion. C'est fort de cela que la GAR a été adoptée comme principe majeur de gestion, principe qui s'applique à tous les secteurs surtout s'ils sont sous CDSMT.

La GAR et le souci d'une meilleure efficacité dans l'allocation des ressources sont des conditions pour rendre tangibles les principes de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et facilitent le dialogue entre le MSAS et les PTF qui soutiennent le secteur, qu'ils soient signataires du Compact Sénégal ou non. Le PIS, au-delà de son intérêt comme outil de planification fait partie intégrante des instruments du Compact et détermine de façon claire sur quoi les PTF peuvent s'engager s'ils ont le souci de rester alignés aux priorités nationales.

Le PIS nécessitera toutefois un système de coordination efficace des interventions dont certaines font déjà l'objet de conventions signées dans le cadre de programmes de coopération dont certains débutent alors que d'autres sont en cours depuis plusieurs années. Concernant les investissements lourds, la référence à la carte sanitaire doit être la règle et cet outil pourra être révisé en cas de besoin. Il faut aussi tenir compte du fait que le PIS intervient à un moment où la gestion des personnels de santé relève d'avantage du ministère chargé de la fonction publique, ce qui suppose une amélioration de la collaboration avec ce ministère et le MEF pour recruter la masse critique de personnels de santé capables d'assurer le fonctionnement des formations sanitaires. Il est vrai que des initiatives peuvent toujours être développées pour la production de personnels de santé de qualité mais des ressources seront toujours nécessaires pour procéder aux recrutements adéquats.

C'est dans ce contexte particulier qu'intervient le PIS, contexte très marqué par des ressources de plus en plus rares, des besoins énormes en matière de santé définis à travers le PNDS, des PTF qui essaient de s'accommoder avec la déclaration de Paris et de plus en plus soucieux des questions de transparence et le MEF plus que jamais tourné vers la GAR et des Collectivités locales en quête de plus de responsabilité dans la gestion de la chose sanitaire. Il faut néanmoins noter la tendance positive des indicateurs de la mortalité infanto juvénile qui, de

2005 à maintenant, est passée de 121 à 72 pour mille, la mortalité ayant baissé de 61 à 47 pour mille au cours de la même selon les résultats préliminaires de l'EDS V.

II. RAPPEL DES OBJECTIFS DU PNDS 2009-2018

La vision du PNDS est 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"*

Les objectifs sectoriels du PNDS sont au nombre de quatre :

- (i) réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle 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 et
- (iv) améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

Il apparait donc clairement à travers ces objectifs que la priorité continue à être accordée à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant et au contrôle des endémies comme le SIDA, la tuberculose et le paludisme sans oublier les maladies tropicales négligées et les maladies non transmissibles notamment les maladies chroniques à soins coûteux. Il faut noter cependant que le MSAS a introduit une innovation de taille en décidant d'investir résolument dans deux domaines jusque-là négligés : le renforcement du système de santé et la gouvernance. C'est en partant des quatre objectifs sectoriels du PNDS que les programmes fonctionnels du CDSMT ont été définis.

III. OBJECTIFS DU PIS 2011-2015

Les objectifs sectoriels du PNDS sont déclinés en objectifs spécifiques pour chaque programme CDSMT et ils sont les mêmes que ceux du PIS. C'est sur cette base que les résultats attendus sont fixés et consolidés chaque année pour le besoin des plans de travail annuels. La répartition des ressources est donc fonction des extrants qui constituent des étapes importantes dans la réalisation des objectifs spécifiques et donc des objectifs sectoriels. La liste des objectifs spécifiques du PIS par programme CDSMT, figure sur le tableau 1 ci-après.

Tableau 1 : Liste des objectifs spécifiques du PNDS par programme CDSMT

Objectif sectoriel/ Programme CDS-MT	Objectifs spécifiques
OS.1 : Réduire le fardeau des morbidités et mortalités, maternelles et Infanto-juvéniles. » Programme.1 : santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	1.1. Assurer les soins durant la grossesse, l'accouchement et le post partum à tous les niveaux, pour la mère et le nouveau-né par du personnel qualifié
	1.2. Renforcer les capacités des individus, des familles, des communautés et des organisations de la société civile dans la promotion de la santé maternelle et néonatale ;
	1.3. Améliorer le niveau d'utilisation des services de planification familiale afin de couvrir les besoins non satisfaits.
	1.4. Améliorer la survie de l'enfant
	1.5. Améliorer la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents
	1.6. Assurer la vaccination chez les enfants
OS.2 : Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie » Programme 2 : Lutte contre la maladie	2.1. Réduire la morbidité et la mortalité palustres
	2.2. Réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH/SIDA
	2.3. Réduire la morbidité et la mortalité liées à la TB
	2.4. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles
	2.5. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies tropicales négligées (MTN)
	2.6. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux infections associées aux soins
	2.7. Renforcer la promotion de la Santé
OS.3 : Renforcer durablement le système de santé » Programme 3 Renforcement du système de santé (RSS)	3.1. Améliorer la couverture en infrastructures sanitaires
	3.2. Assurer la disponibilité en personnel dans les structures de santé
	3.3. Assurer le contrôle de qualité des médicaments, des vaccins et des produits spécifiques
	3.4. Assurer la disponibilité en médicaments essentiels génériques (MEG) et produits spécifique
	3.5. Améliorer le Système d'information sanitaire
OS.4 : Améliorer la gouvernance du secteur de la santé. » Programme 4 : Gouvernance sanitaire	4.1. Améliorer le système de planification et de suivi évaluation
	4.2. Améliorer les mécanismes de gestion des ressources
	4.3. Renforcer la couverture du risque maladie
	4.4. Renforcer la participation des populations à l'effort de santé
	4.5. Renforcer le partenariat

Il convient de souligner que le PIS est avant tout un programme qui entre dans le cadre de la stratégie globale d'accélération de la mise en œuvre des projets de santé pour atteindre les OMD. Il tire sa source du PNDS qu'il traduit en actions concrètes par l'identification des priorités et la programmation des investissements sur une période de cinq ans. Les réalisations prévues dans le PIS sont naturellement exécutées à travers le CDS-MT santé et sont par conséquent inscrites dans les plans de travail annuels du MSAS (PTA).

IV. DESCRIPTION DES INTERVENTIONS DU PNDS

4.1. STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE

Les stratégies qui ont été retenues pour la réalisation des objectifs spécifiques du PIS concernent à la fois l'amélioration de l'offre de service et l'amélioration de l'accès aux services au plan géographique et financier. Il s'agit d'abord de l'accélération de la mise en œuvre de la feuille de route multisectorielle pour la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité infanto-juvénile, la promotion de la santé et le renforcement de la lutte contre la maladie. Il y a ensuite la promotion de la demande de services de santé en vue de l'élimination des barrières qui rendent les prestations de services cliniques inaccessibles. Il s'agit aussi de développer les ressources humaines, renforcer les infrastructures, l'équipement et la maintenance, améliorer la disponibilité du médicament mais aussi augmenter la couverture du risque maladie. Ces stratégies sont complétées par le renforcement du SIG et la promotion de la gestion axée sur les résultats (GAR).

Les interventions du PIS sont bâties autour de ces stratégies non sans tenir compte des spécificités régionales et locales et des principes d'équité et de genre clairement exprimés dans le PNDS. C'est ainsi que la priorité est accordée aux régions les plus pauvres, aux femmes et aux groupes vulnérables. Par ailleurs, sans occulter les lourdes charges liées aux maladies chroniques, la répartition des investissements au niveau des différents échelons de la pyramide tient compte des disparités régionales pour donner la chance à tout sénégalais de pouvoir accéder à un poste de santé en moins de 30 minutes, qu'il soit en zone urbaine ou rurale. C'est cette même démarche qui est adoptée pour la dotation des formations sanitaires en équipements biomédicaux, médicaments, et de façon plus globale, pour tout ce qui concerne la qualité des soins.

Dans le domaine particulier des infrastructures, la priorité sera accordée aux chantiers ouverts dont certains datent de plus de dix ans. La programmation des nouvelles réalisations tiendra aussi compte des besoins identifiés par la carte sanitaire en privilégiant les zones de moindre couverture passive en infrastructures sanitaires de base (voir annexe 3).

4.2. CONTENU DES PROGRAMMES OPERATIONNELS

Ce chapitre concerne les programmes de santé prioritaires qui constituent les programmes 1 et 2 du CDS-MT orientés respectivement vers (i) la santé de la mère et de l'enfant et le (ii) contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles. Ces programmes influencent directement l'évolution des indicateurs en rapport avec les OMD 4, 5 et 6. Les interventions et paquets de services y afférents sont potentialisés par les mesures prises en termes de renforcement du système de santé (programme 3 du CDSMT) et d'amélioration de la gouvernance sanitaire (Programme 4 du CDSMT).

4.2.1. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

- Renforcement de la surveillance de la grossesse pour atteindre à partir de 2011 une couverture adéquate en CPN de qualité incluant le dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes:

- Recrutement de SFE dans le cadre du programme 3 du CDSMT à affecter prioritairement en zone rurale (150 par an, de 2011 à 2014) ;
 - Formation en CPN recentrée des nouvelles équipes SONU (36 membres en 2011), de 750 SFE/ICP et des membres des équipes cadre des 14 régions et 75 districts
 - Orientation des ICP en GATPA (300 par an de 2011 à 2013) ;
 - Dotation spéciale de 748 800 kits de CPN aux points de prestations de service notamment les postes de santé.
 - Organisation d'au moins 4800 stratégies avancées de CPN par an entre 2011 et 2015 par les postes de santé dans l'ensemble du pays en collaboration avec les équipes cadre de district.
- Poursuite de la généralisation de l'assistance à l'accouchement
 - Assistance par du personnel formé d'au moins 341 660 accouchements par an entre 2011 et 2015 en mettant l'accent sur l'utilisation du partogramme ;
 - Extension des activités des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et généralisation de l'audit des décès maternels et néonataux au niveau des SONUC avec une initiation de l'autopsie verbale au niveau communautaire;
 - Consolidation des activités en Soins Après Avortement (SAA) dans les 14 régions déjà couvertes par le renforcement des capacités du personnel et en assurant le renouvellement des Kits AMIU et l'application du modèle communautaire des SAA dans les RM en commençant par les régions de Thiès, Kaolack, Kaffrine et Ziguinchor.
 - Réalisation d'au moins 32 760 césariennes par an de 2011 à 2015 dans les formations sanitaires.
 - Subvention des accouchements et des césariennes en vigueur au niveau des 13 régions du Sénégal déjà couvertes (hôpitaux régionaux, centres de santé et postes de santé) et à Dakar en commençant par les départements de Pikine, Guédiawaye et Rufisque.
 - Systématisation des CPON afin de réaliser une moyenne de 3 CPON pour chaque femme ayant accouché dans les structures.
 - Renforcement de la planification familiale : élargissement de la gamme des méthodes longue durée à 75 Postes de santé, extension de l'offre initiale de pilules à tous les districts sanitaires d'ici 2013 pour faire en sorte que plus de femmes en âge de procréer utilisent une méthode contraceptive moderne d'année en année d'ici 2015 (au moins 344 231 en 2012).
 - Prévention et prise en charge des fistules obstétricales dans un cadre pluridisciplinaire regroupant toutes les parties prenantes à travers l'initiative sénégalaise pour l'élimination des fistules obstétricales : mise en œuvre d'un plan de communication avec un volet renforcé de sensibilisation ; organisation de missions foraines de prise en

charge chirurgicale gratuite des fistules avec un accompagnement psychosocial des femmes traitées ; renforcement du plateau technique et des capacités des prestataires de santé pour la prise en charge des fistules.

- Développement du tutorat, initiative d'encadrement et de soutien des prestataires sur site dans l'accomplissement de leurs tâches afin d'améliorer leurs performances
- Lutte contre les pratiques néfastes y compris les MGF en favorisant l'implication de la communauté et ceci en partenariat avec le ministère chargé de la famille
- Développement du paquet d'activités de soins essentiels du nouveau né avec
 - Installation de 200 nouveaux " coins du nouveau-né" et formation de 500 ICP et SFE en santé péri-néonatale (SPNN) par an entre 2011 et 2015 (il est attendu que 316 169 nouveaux nés bénéficient de Soins essentiels à la naissance dès 2012).
 - Développement des soins appropriés pour les petits poids de naissance avec la mise en place d'unités Kangourous fonctionnelles en privilégiant les régions périphériques où l'accès au personnel spécialisé est limité
- Renforcement du système de vaccination
 - Assurance de la disponibilité des vaccins et des consommables
 - Intégration du vaccin anti-méningococcique A dans le PEV de routine.
 - Renouvellement de la chaîne de froid et de la logistique roulante pour renforcer les stratégies avancées
 - Renforcement de la formation et de la supervision pour améliorer la sécurité des injections.
 - Organisation de campagnes de vaccination de masse pour la prévention ou le contrôle des épidémies.
- Amélioration de l'accessibilité à la consultation des nourrissons sains avec l'atteinte d'au moins 772335 enfants de 0-24 mois vus par an, en CNS au cours de la période 2011-2015 ;
 - Suivi pondéral pour au moins 772335 enfants de 0 à 24 mois par an,
 - Déparasitage de 1836523 enfants de 12 à 59 mois par an
 - Supplémentation en vitamine A pour 2068754 enfants de 6 à 59 mois par an.
- Renforcement de la PCIME :
 - Formation en PCIME (144 agents prestataires et 168 membres des ECR des trois régions de Dakar, Diourbel et Saint louis formés dès 2012);
 - Recyclage de 5 autres régions dans le domaine de la PCIME entre 2012 et 2014.
- Lutte contre les maladies diarrhéiques
 - Prise en charge adéquate d'au moins 1417678 enfants (SRO à faible osmolarité + zinc) par an de 2011 à 2015

- Promotion du lavage des mains
- Intégration du paquet de services pour jeunes et adolescents dans le paquet intégré de services de qualité des centres et postes de santé
 - Aménagement d'espaces jeunes/ado dans les districts sanitaires ciblés pour répondre à leurs besoins sanitaires spécifiques, espaces conviviaux et adaptés à la cible correspondant aux standards de services ados en commençant par 10 districts en 2012 et en faisant au moins autant par an entre 2013 et 2015.
 - Orientation des personnels de santé des espaces ADO dans les différents domaines de la santé des jeunes/ADO en particulier la prévention des grossesses non désirées, la lutte contre les violences basées sur le genre et les pratiques néfastes y compris les MGF
 - Promotion du dépistage volontaire VIH : au moins 761.023 Ado sont annuellement attendus d'ici 2015 pour effectuer ce test.

La stratégie Bajenu Gox va contribuer à l'accroissement de la demande et à une meilleure utilisation des services de santé de la mère, du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent. La participation de la communauté sera en effet renforcée par un réseau de 6000 Bajenu Gox formées en plus des 5000 déjà formées en 2010. Ces Bajenu Gox en collaboration avec les autres acteurs communautaires en particulier les relais devront s'atteler à la promotion de l'accès aux services de santé de la reproduction (accessibilité financière, géographique et socio culturelle) pour la mère, le nouveau né et l'enfant. Au moins 65 districts mettront en œuvre le Programme Bajenu Gox en 2011 et tous les districts devront être couverts avant 2013.

La mise en œuvre du Programme Bajenu Gox permettra d'impulser, de développer et d'appuyer des initiatives impliquant la communauté notamment les hommes dans la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post partum.

4.2.2. Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles

4.2.2.1. Maladies transmissibles

- Surveillance épidémiologique et riposte face aux épidémies

Le PIS 2011-2015 met l'accent sur le renforcement des capacités en matière de surveillance épidémiologique en élargissant les sessions de recyclage au secteur privé. La surveillance communautaire intégrant les tradipraticiens sera également promue. La logistique et les équipements seront renforcés pour une meilleure prise en charge des cas et une bonne gestion des situations épidémiques. Les capacités des laboratoires pour la confirmation rapide des épidémies seront améliorées notamment au niveau régional et de district. Le fonds de riposte rapide face aux épidémies et le budget campagne de masse seront maintenus voire renforcés. Les normes et protocoles et le système de coordination seront révisés en impliquant les différents acteurs notamment le réseau national de laboratoire, la division de la surveillance épidémiologique, la division de lutte contre la maladie, les régions médicales et les districts.

- Paludisme

La lutte contre le paludisme concerne le traitement correct et précoce des cas à tous les niveaux, l'augmentation de la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) avec l'objectif de couverture universelle (2 010 784 moustiquaires seront distribuées en 2011), l'extension des aspersions intra domiciliaires (AID) dans trois nouveaux districts sanitaires (Koumpentoum, Malem Hodar, Guinguiné) en 2011, le traitement préventif intermittent (TPI) des femmes enceintes et le renforcement des interventions à base communautaire. La disponibilité de la SP et des ACT sera améliorée au niveau périphérique pour éviter que les ruptures constatées ces deux dernières années se renouvellent.

- Tuberculose

Au cours de la période 2011-2015, la lutte contre la tuberculose va connaître une accélération dans le but de renforcer l'accès au diagnostic et au traitement de qualité des malades tuberculeux. Il s'agira aussi d'améliorer la prévention et la gestion des patients présentant une co-infection TB/VIH ou une tuberculose multi résistante (MDR TB). Le PNT veillera au renforcement des capacités diagnostiques, de dépistage des touseurs chroniques au niveau communautaires avec l'aide des relais et des OSC. Les postes de santé seront aussi renforcés dans le suivi des traitements des malades une fois la prescription faite et les médicaments mis à la disposition des malades. A ce niveau également, les activités communautaires seront promues pour une meilleure adhésion des patients au traitement.

- VIH/SIDA

Il est clairement établi que l'infection à VIH est de plus en plus concentrée sur le plan du sexe, sur le plan géographique avec une prévalence élevée chez certains groupes de populations tels que les travailleuses du sexe et les MSM. En outre, en plus de la féminisation de l'infection, les nouvelles infections sont surtout l'apanage des jeunes et la transmission mère-enfant persiste. Le maintien du taux de prévalence à moins de 1% ne doit pas occulter cette réalité. D'ici 2015, le PNLS, à travers son plan stratégique actuel, va mieux cibler ces interventions en tenant compte du profil épidémiologique décrit plus haut. En plus des efforts de dépistage, de cartographie des zones de vulnérabilité pour un meilleur suivi des groupes à risque, il s'agira de recruter plus de malades pour le traitement et renforcer la Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) pour arriver à zéro infection mère enfant avant 2015. La disponibilité permanente des ARV et l'accompagnement psychosocial au niveau de tous les services de prestation continueront à être assurés. La surveillance de l'apparition des souches résistantes du virus aux médicaments ARV sera aussi renforcée.

- Maladies tropicales négligées (MTN)

La lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) est intégrée. Les interventions sont des activités de formation, de chimiothérapie préventive comme les traitements de masse par les médicaments appropriés en utilisant davantage les stratégies communautaires comme dans le cas de l'onchocercose, des bilharzioses ou en cas de déparasitage systématique. Ces

interventions seront soutenues par des activités de sensibilisation, de communication et un monitoring régulier. Dans le cadre de ce plan, le défi majeur sera de porter à l'échelle nationale les campagnes de chimiothérapie préventive de masse pour couvrir l'ensemble des districts sanitaires où ces maladies sont présentes, grâce à l'appui attendu des partenaires dans le cadre de la lutte contre les MTN. A cet effet, un plan pluriannuel de lutte intégrée contre les MTN est élaboré et couvre la période 2011-2015. Ce plan prévoit entre autres des activités de : cartographie, surveillance sentinelle, formation du personnel aux différents niveaux, soutien aux activités de distribution de traitement de masse, de prise en charge de la morbidité et d'évaluation.

Le programme national de lutte contre les bilharzioses prévoit la formation ou le recyclage de toutes les équipes cadre des régions et des districts d'endémie et la mise en œuvre des campagnes de traitement de masse dans les zones ciblées (zones méso endémiques et hyper endémiques). Le programme débute par 20 réparties dans 5 régions en 2011/2012 et sera poursuivi pour couvrir l'ensemble de la zone ciblée au plus tard en 2013.

Pour la filariose lymphatique, l'organisation d'une campagne de traitement de masse au profit des 7 districts sanitaires des régions de Tambacounda et Kédougou est aussi programmée en 2011/2012. Le passage à l'échelle de cette intervention interviendra de façon progressive avec le recrutement d'au moins deux (02) nouvelles régions par an pour couvrir l'ensemble des districts endémiques d'ici 2015.

Pour l'onchocercose, l'objectif sera de couvrir les 606 villages endémiques par le traitement de masse pour 2011. Pour la lutte contre le trachome, 800 000 personnes sont ciblées pour les campagnes de traitement de masse pour 2011.

Le dernier cas de ver de Guinée notifié au Sénégal remonte à 1997 et depuis 2004 le Sénégal a obtenu la certification de l'arrêt de la transmission de la dracunculose. Le défi actuel se pose en termes de mise en place d'un système de surveillance épidémiologique performant dans les districts concernés. C'est dans ce cadre qu'un atelier de relance des activités de surveillance sera organisé dans tous les districts sanitaires concernés. Des supports de notification et d'investigation de cas éventuels seront confectionnés et distribués dans tous les districts.

L'incidence de la lèpre est en dessous du seuil d'élimination. La surveillance et la prise en charge des cas diagnostiqués de lèpre demeurent toutefois un point important du plan de lutte intégrée contre les MTN.

- Autres maladies transmissibles

La lutte contre les MTN sera étendue à la surveillance et à la prise en charge d'autres affections en particulier la dengue, la rage et les leishmanioses.

4.2.2.2. Maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles (MNT) ciblées dans le cadre du PIS sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les maladies rénales, le diabète, les maladies mentales, la drépanocytose, l'hémophilie, les maladies bucco dentaires et les maladies oculaires.

Les interventions revêtent plusieurs formes:

- Surveillance épidémiologique avec des enquêtes de prévalence et des études sur les facteurs de risque (Enquête STEPS prévue pour l'année 2011/2012);
- Prévention des maladies chroniques et la communication pour la promotion de comportements sans risque ;
- Dépistage précoce ;
- Mise en place de moyens appropriés de diagnostic et de prise en charge à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- Création de centres de référence fonctionnels (équipements adéquats et personnels qualifiés) pour certaines maladies à soins coûteux.

- Maladies chroniques à soins coûteux

Le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et la drépanocytose sont classés dans la rubrique des maladies chroniques à soins coûteux.

Le PIS entend relever le défi de l'accès au traitement pour ces pathologies notamment pour les pauvres. Pour ce faire, un effort sera fait pour le renforcement des capacités des services de santé au niveau des régions et districts en matière de dépistage et de prise en charge thérapeutique. Au besoin des stratégies mobiles à partir des unités opérationnelles seront mises en œuvre. La prévention est aussi promue et consiste essentiellement à réduire l'exposition des populations aux différents facteurs de risque (tabac, alcool, sédentarité, mauvaise alimentation, etc.) à travers une stratégie de communication suffisamment élaborée qui associe des stratégies communautaires et multisectorielles.

Il est prévu dans le cadre de la lutte contre le diabète de former au moins 50 prestataires par an sur la prise en charge pratique du Diabète et de décentraliser progressivement la lutte au niveau de toutes les régions en commençant par 3 unités de prise en charge du diabète dans 3 hôpitaux régionaux en 2011/2012.

Le programme de lutte contre le cancer adopte la même approche en ciblant 40 prestataires à former par an sur le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus

par IVA/IVL- cryothérapie. Seront aussi créées dès 2011/2012, 4 unités de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus par IVA/IVL- cryothérapie au niveau régional avec des perspectives de multiplication de ces unités pour atteindre toutes les régions d'ici 2015.

En matière de lutte contre l'insuffisance rénale, ce sont 3 nouveaux centres fonctionnels de dialyse rénale qui sont prévus au cours de la même période.

- Santé mentale

Le MSAS a décidé d'intégrer les soins de santé mentale dans les soins de santé essentiels au niveau de tous les districts. Dans cette optique, la prise en charge de la santé mentale sera déconcentrée en commençant par les régions de Diourbel, Kaolack et Matam. La priorité sera accordée à la formation de spécialistes et à la mise en place d'Unités de Psychiatrie. La collaboration avec la société civile sera renforcée pour la prévention, le dépistage et la prise en charge.

- Santé bucco-dentaire

Les actions de santé publique visant à combattre les affections bucco-dentaires seront centrées sur la prévention et la sensibilisation au traitement. La prévention des facteurs de risque passe d'abord par la promotion d'une alimentation saine notamment en recommandant des aliments équilibrés et moins sucrés et l'abandon du tabac qui augmente les risques de survenue du cancer buccal. La communication qui sera développée va aussi faire la promotion des soins de la bouche et du brossage systématique des dents. En plus la prise en charge des affections courantes sera renforcée comme du reste les anomalies congénitales (fissures labiales, bec-de-lièvre). A ce titre, il est prévu pour 2011/2012, la formation de 200 infirmiers sur les soins bucco dentaires de base et l'équipement de 10 nouveaux centres de santé avec des fauteuils dentaires fonctionnels pour atteindre un nombre total de 70 centres de santé équipés et fonctionnels sur les 78 CS existants au Sénégal. Le reste des centres sera équipé en 2013/2014.

- Gestion des urgences

Le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) a été mis en place pour assurer aux malades, blessés et parturientes les soins d'urgence appropriés dans toutes les régions du pays. Le système de communication et d'alerte est en cours de renforcement pour couvrir toutes les structures sanitaires, avec un centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) comprenant les équipements suivants (1 serveur avec couplage téléphonie IP, 1 PC sécurisé de contrôle, 1 serveur Base de données, 1 licence Base de Données, 1 licence gestion des données de sites, 1 licence Hypérion, 6 PC poste régulateur, 6 postes téléphoniques). Pour le système de communication radio, une station de base Emetteur/Récepteur GM 340 avec antenne omnidirectionnelle 3 dB, 14 stations mobiles Emetteur/Récepteur, 6 Portatifs Emetteur/Récepteur, un serveur commutateur. Les moyens de transport sanitaire (moyens terrestres, maritimes et aériens) vont aussi être renforcés. Les besoins sont : 13 ambulances

médicalisées de réanimation type fourgon, 3 ambulances médicalisées de réanimation, 4X4 tout terrain, 3 véhicules d'intervention rapide équipés de sirène et de gyrophares et 1 véhicule de liaison). Le MSAS fera un effort pour acquérir cette logistique avant 2015 sur la base d'une programmation annuelle qui sera fonction du budget disponible.

- Santé oculaire

Les soins oculaires primaires sont en cours d'intégration dans le paquet d'activités minimum des centres et postes de santé. Les capacités des infirmiers chefs de poste et agents de santé communautaires seront renforcées dans le domaine de la prise en charge et la référence précoce des affections oculaires. Par ailleurs, une unité de soins oculaires avec offre de chirurgie de la cataracte devra être mise en place dans chaque district sanitaire. Pour 2011/2012, 14400 personnes atteintes de cataractes seront opérées de même que 3000 personnes atteintes de trichiasis. La même cadence sera maintenue voire renforcée jusqu'en 2015 et au-delà. Pour ce faire, il est prévu la formation d'opérateurs de cataracte (OPK) et de trichiasis en quantité suffisante (en moyenne 6 et 20 par an respectivement) et la création de 6 nouvelles unités de chirurgie de la cataracte dans les districts par an d'ici 2015.

4.2.2.3. Prévention

- Hygiène et assainissement

La capacité du service national de l'hygiène (SNH) sera renforcée (recrutement, formation, équipement et logistique) pour mieux mener les interventions prioritaires suivantes :

- Désinfection, désinsectisation, délarvation, dératisation;
- Contrôle de la qualité de l'eau et des denrées alimentaires surtout en zone rurale (puits, forages et bassins);
- Appui à la mise en place d'infrastructures d'assainissement et de gestion des ordures ménagères;
- Renforcement des connaissances des populations sur les bonnes pratiques d'hygiène collective et individuelle ;
- Contrôle de l'application des dispositions réglementaires en vigueur en matière d'hygiène et d'assainissement ;
- Renforcement de la collaboration intersectorielle (hydraulique, environnement, hygiène publique).

- IEC/CCC

Le SNEIPS et les bureaux régionaux sont impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans de communication élaborés par les instances de direction des programmes de santé. La mise en œuvre de la stratégie de l'information, de l'éducation pour la santé et de la communication pour le changement de comportement vise à responsabiliser les populations dans la prévention de la maladie pour des comportements favorables à la santé et leur adhésion à la politique de santé. Pour ce faire, le service national de l'éducation et de l'information pour la santé (SNEIPS) sera renforcé en moyens matériels et humains pour

impulser, appuyer, coordonner, suivre et évaluer les interventions de lutte contre les comportements défavorables à la santé. Les activités prévues pour 2011 sont les suivantes :

- Superviser pendant 3 jours, tous les semestres, les 14 BREIPS
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication pour chaque événement religieux occasionnant de grands rassemblements (Magals, Gamous, Pèlerinage Popenguine)
- Elaborer et diffuser des supports de communication multimédia sur les bonnes pratiques en matière de promotion de la santé
- Diffuser des spots radios sur la promotion de la santé pendant 12 mois
- Concevoir et diffuser des spots dans les télévisions du pays sur la promotion de la santé
- Former/recycler les agents des BREIPS/EPs et les autres acteurs sur les techniques de communication ;
- Assurer la couverture médiatique des activités du ministère de la santé et de la prévention ;
- Appuyer les OCB et autres associations en supports de communication.

Un cadre de concertation et de partenariat avec les médias, le secteur privé, les organisations de la société civile et la communauté sera mis en place pour assurer la mise en œuvre des activités de communication de masse et interpersonnelle. Il sera nécessaire parfois de conduire des études sur 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.

- Lutte anti tabac

Le programme national de lutte contre le tabac est axé sur la sensibilisation et la veille pour le maintien des engagements et réglementations dans des domaines tels que la publicité, la promotion du tabac, les mises en garde sur les emballages de produits du tabac, la protection des personnes contre l'exposition à la fumée secondaire dans les lieux de travail et les lieux publics intérieurs, les transports en commun et d'autres endroits publics au besoin. Un accent particulier sera mis sur le milieu scolaire notamment les collèges et lycées qui peuvent constituer des lieux d'initiation au tabagisme. Le plaidoyer sera renforcé pour amener les pouvoirs publics à prendre des mesures financières et fiscales efficaces pour une réduction de la consommation. Par ailleurs, des dispositions devront être prises pour la mise en place d'unités de sevrage et de traitement, d'autant plus que la lutte contre le tabac fait partie intégrante des activités majeures de prévention des maladies chroniques à soins coûteux.

- Lutte contre les infections associées aux soins et sécurité sanitaire

Le Sénégal dispose d'un plan national qualité qui vient renforcer le programme de lutte contre les infections nosocomiales (PRONALIN). Il faut aussi rappeler que le Sénégal a adhéré au programme OMS de l'Alliance Mondiale pour la Sécurité des Patients. Le MSAS est conscient que la qualité et la sécurité des soins constituent un enjeu de santé publique et considère que les infections associées aux Soins (IAS) constituent l'une des préoccupations

majeures pour la sécurité des patients, les personnels soignants et les usagers en général. La lutte contre les IAS repose essentiellement sur :

- la communication/sensibilisation des acteurs ;
- le renforcement des compétences ;
- le renforcement des capacités des structures de santé ;
- l'appui à la mise en place d'un système fonctionnel de gestion des déchets biomédicaux ;
- la prévention et la surveillance des Accidents d'Exposition au Sang (A.E.S) ;
- la maîtrise de la diffusion des BMR dans les hôpitaux ;
- la surveillance épidémiologique des infections associées aux soins (IAS)
- l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action par les comités de lutte contre les IAS dans les structures sanitaires.

- Santé et environnement

Les facteurs de risque sanitaire liés à l'environnement constituent des déterminants importants de l'état de santé de la population. Les progrès de la science ont permis de montrer l'effet des agents physiques, chimiques et biologiques sur la santé humaine. Ces effets doivent être pris en compte dans l'élaboration des politiques de prévention en santé publique. Il s'agit de développer des politiques de prise en charge des déchets dangereux et de pratiques en matière de sécurité chimique surtout en ce qui concerne l'utilisation de pesticides et les pratiques artisanales d'extraction de métaux lourds tels que le plomb à travers les batteries usagées. Le ministère à travers ses démembrements mettra en œuvre des actions en synergie avec : le ministère de l'environnement pour le contrôle de la pollution atmosphérique occasionnée par les moyens de transport et les usines, l'utilisation abusive de pesticides, la vente illicite et l'usage de produits toxiques ; le ministère du cadre de vie et de l'hygiène publique pour la gestion des déchets dangereux ; le ministère de l'agriculture pour la gestion des pesticides et le ministère de l'intérieur pour les activités de protection civile.

Les problèmes de santé liés à l'environnement sont devenus de nos jours un véritable problème de santé publique comme en témoigne la survenue récurrente d'affections collectives d'étiologie probablement toxique enregistrées depuis plusieurs années dans le pays. La détection précoce requiert la mise en place d'un système communautaire de veille et d'alerte. Ces cas seront investigués en collaboration avec le Centre Antipoison, le réseau national de laboratoire et l'Institut Pasteur de Dakar.

- Médecine traditionnelle

En attendant la mise en place d'un cadre juridique et législatif inscrit dans le plan stratégique, le Ministère de la Santé et de la Prévention veut créer un élan favorable à l'implication du système traditionnel dans le processus du développement sanitaire par le renforcement des capacités des tradipraticiens, une collaboration soutenue, un appui à la recherche, une protection et une préservation des savoirs traditionnels.

4.3. REFORMES ET AUTRES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT DU PNDS/PIS

La mise en œuvre du PNDS nécessite certaines réformes et la prise de mesures en relation avec la santé de la mère et des enfants, la lutte contre la maladie, le renforcement du système de santé, le partenariat public privé et la gestion axée sur les résultats.

Concernant la santé de la reproduction et la lutte contre la maladie, il a été décidé d'élaborer des plans stratégiques pour les domaines prioritaires et de mettre à l'échelle les expériences communautaires réussies.

En matière de gouvernance sanitaire notamment la gestion axée sur les résultats, le CDSMT déjà institutionnalisé est en cours de consolidation.

Pour le renforcement du système de santé, les mesures concernent les ressources humaines, les équipements et la maintenance. C'est dans ce cadre qu'un plan de développement des ressources humaines a été produit et qu'un plan de renouvellement des équipements est en cours de validation.

L'ensemble de ces mesures figurent dans le PNDS 2009-2018 et les services responsables ont été identifiés. Elles devraient être complétées par d'autres et le Compact devrait aider à assurer un meilleur suivi de la mise en œuvre de toutes ces mesures à travers le code de conduite qui va être signé avec les partenaires techniques et financiers. Certaines de ces mesures connaissent cependant des avancées timides. C'est le cas notamment du cadre de partenariat public privé ou du cadre de concertation entre la DRH et l'université pour augmenter les effectifs des médecins spécialistes. C'est aussi le cas de la réforme des comités de santé et comités de gestion, des critères d'allocation du budget et de la réorganisation du MSAS et même de la mise en place d'un système formel de référence contre référence.

La volonté politique de mener à terme toutes ces réformes, aussi pertinentes les unes que les autres, ne souffre cependant d'aucun doute. Les efforts en cours pour rendre opérationnel le plan national qualité, revoir la réforme hospitalière, mettre en place un système d'allocation des ressources basé sur des critères objectifs et réviser l'organigramme du ministère seront poursuivis et renforcés. Certes le chantier des réformes est vaste mais le renforcement de l'équipe d'initiatives et de politiques de santé (EIPS) peut permettre une amélioration notable du processus de formulation et de mise en œuvre de ces politiques. Il faut noter en effet que l'EIPS a déjà piloté avec succès des réformes comme le CDSMT, le cadre de référence pour le passage à l'échelle des expériences communautaires réussies et le financement basé sur les résultats (FBR).

V. INTERVENTIONS PRIORITAIRES DU QUINQUENNAT 2011-2015

5.1. INTERVENTIONS A HAUT IMPACT

Les interventions dites à haut impact sont considérées ici comme les interventions sanitaires du PNDS les plus coût-efficaces car ayant un impact direct sur les OMD santé à moindre coût. Elles concernent essentiellement les domaines de la lutte contre la mortalité des mères et des enfants. Ces interventions sont privilégiées par le PIS et c'est ainsi qu'elles bénéficieront d'une part importante des ressources destinées à la SMNI et à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

- Trois interventions majeures du PIS concourent à l'accélération de la réalisation des OMD 4 et 5 :
 - Le renforcement de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement : suivis prénatal (CPN recentré) et post natal de qualité ; accouchement assisté par du personnel qualifié en utilisant le Partogramme et la stratégie GATPA ;
 - L'amélioration de la prévention et de la prise en charge des pathologies infanto-juvéniles les plus mortelles à travers le développement des soins essentiels du nouveau-né, le renforcement du PEV, la systématisation du suivi nutritionnel et pondéral et l'amélioration de la prévention et de la prise en charge de la diarrhée ;
 - La relance et le renforcement des activités de planification familiale avec l'extension des services de planification familiale jusqu'au niveau communautaire notamment avec l'intégration des méthodes longue durée dans le paquet d'activités des ICP et de l'introduction de l'OIP et des contraceptifs injectables au niveau communautaire.
- Trois axes d'interventions du PIS concourent également à la réalisation de l'OMD 6 :
 - Le contrôle du VIH/SIDA, l'éradication de la tuberculose et le contrôle du paludisme
 - Le renforcement de la lutte contre les maladies tropicales négligées ;
 - L'amélioration de la prise en charge des maladies non transmissibles notamment les maladies chroniques à soins coûteux.

5.2. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME SANITAIRE

5.2.1. RESSOURCES HUMAINES

- *Effectifs et Structure des Ressources humaines en Santé*

Selon les résultats du recensement réalisé en juin 2009 et de l'atelier de partage et de validation des données tenu en 2010, les ressources humaines, tous statuts et toutes catégories socioprofessionnelles confondues, sont estimées à 14 463 agents.

La répartition par catégorie socio professionnelle montre que les médecins généralistes représentent 2,3%, les médecins spécialistes 4,7%, les TSS 5,9%, les infirmiers 19,3%, les SFE 6,4%, les pharmaciens 0,9%, les chirurgiens dentistes 1% soit 40.5%. Les autres catégories représentent les 59,5% restants.

L'analyse de la structure de ces ressources humaines a porté sur les variables suivantes : la catégorie socioprofessionnelle, la région, le statut, le type d'employeur, l'âge et le sexe.

Tableau 2 : Répartition du personnel par région et par catégorie socio professionnelle

Région		DK	DL	FK	KF	KL	KG	KD	MT	LG	SL	SD	TC	TH	ZG	Total
Médecins généralistes	Nbre	129	30	5	2	28	3	8	8	18	26	3	14	41	20	335
	%	39	9	1	1	8	1	2	2	5	8	1	4	12	6	100
Médecins spécialistes	Nbre	476	24	5	2	18	5	7	6	16	21	1	8	71	21	681
	%	70	4	1	0	3	1	1	1	2	3	0	1	10	3	100
TSS	Nbre	445	64	18	10	38	7	21	18	37	37	8	32	85	30	850
	%	52	8	2	1	4	1	2	2	4	4	1	4	10	4	100
Infirmiers	Nbre	1121	161	101	61	163	37	81	72	112	167	39	153	343	178	2789
	%	40	6	4	2	6	1	3	3	4	6	1	5	12	6	100
SFE	Nbre	418	64	29	13	45	7	18	16	45	43	13	34	145	40	930
	%	45	7	3	1	5	1	2	2	5	5	1	4	16	4	100
Pharmaciens	Nbre	90	8	2	0	3	0	2	3	4	5	0	3	6	4	130
	%	69	6	2	0	2	0	2	2	3	4	0	2	5	3	100
Chirurgiens dentistes	Nbre	63	6	3	2	6	1	4	2	7	9	1	6	22	7	139
	%	45	4	2	1	4	1	3	1	5	6	1	4	16	5	100
Autres	Nbre	4845	381	77	36	646	57	205	152	410	618	25	307	539	311	8609
	%	56	4	1	0	8	1	2	2	5	7	0	4	6	4	100
Total	Nbre	7587	738	240	126	947	117	346	277	649	926	90	557	1252	611	14463
	%	52	5	2	1	7	1	2	2	4	6	1	4	9	4	100

Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

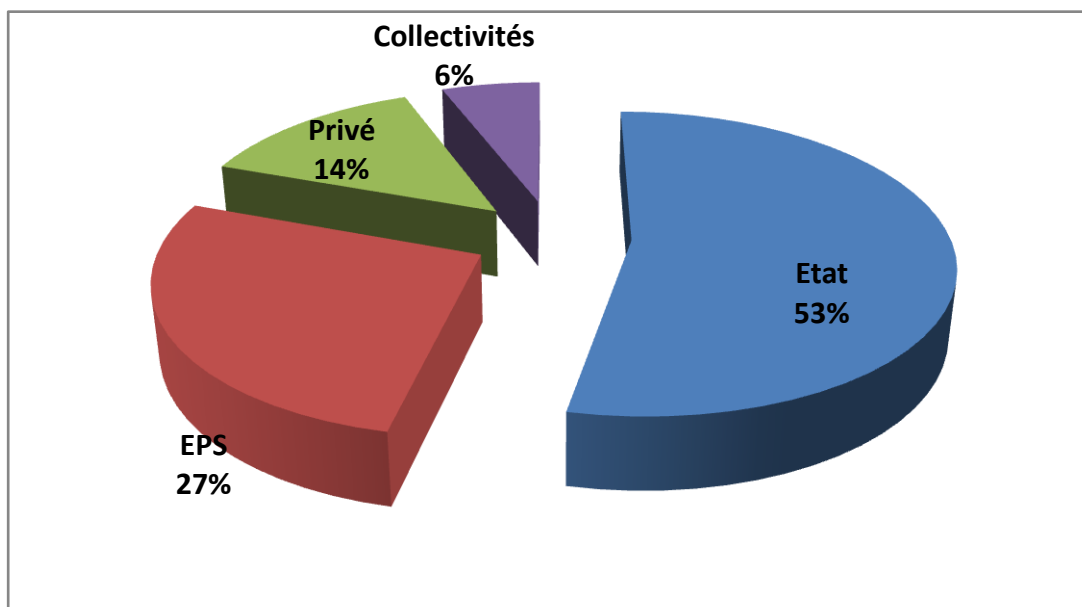
Le tableau 2 ci-dessus permet de constater que, pour un poids démographique de 22.48%¹ de la population nationale, la région de Dakar dispose d'un peu plus de la moitié des personnels de santé (52.46%) toutes catégories confondues, suivie de la région de Thiès qui, avec un poids démographique de 12.63 %, dispose de 13.22% des ressources humaines en santé. Ceci contraste avec les régions de Fatick, Kaffrine, Kédougou et Sédhiou qui, pour un poids démographique global de 14,68% de la population totale ne comptent que 376 agents, soit 6,6% du personnel de soins.

La distribution du personnel laisse apparaître des disparités plus aiguës au niveau des CSP. Ainsi, chez les médecins, Dakar et Thiès comptent à elles seules 71% des effectifs (Dakar 60% et Thiès 11%). Le reste, soit 29%, est réparti entre les douze autres régions du Sénégal. Les régions de Fatick, Kaffrine, Kédougou et Sédhiou ne comptent que 2,6% du personnel médical.

¹ Estimation de la population du Sénégal de 2005 à 2015 – Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS). Dakar Janvier 2006.

Concernant le personnel paramédical (Techniciens supérieurs en Santé, Infirmiers et Sages-femmes), Dakar compte 43,5% et Thiès 12,6% d'agents, soit 56,1% de ce personnel contre 43,9% pour les douze autres régions du Sénégal. Les régions de Fatick, Kaffrine, Kédougou et Sédhiou en comptent seulement 7,4%. Cet important déséquilibre entre Dakar et les autres régions s'explique en partie par le poids des Etablissements Publics de Santé (EPS) de Dakar qui sont pour l'essentiel de niveau 3.

Graphique 1 : Répartition des ressources humaines en santé par type d'employeur



Source : MSP/DRH Recensement personnels de santé au Sénégal- juin 2009

Ce graphique montre clairement que l'État du Sénégal reste le principal employeur des personnels de santé. En effet, plus de la moitié (54,45%) sont des agents de l'État (47,54% sont des agents de la fonction publique et les 6,91%, des contractuels du MSP). Après l'Etat, viennent les EPS avec 27,65% d'agents de santé qui sont des contractuels. La participation des collectivités locales dans le recrutement des ressources humaines en santé reste encore très faible (6,01%), sensiblement la même que celle des comités de santé. Le reste des agents (13,89%) est employé par le secteur privé, les ONG et les autres partenaires.

La répartition du personnel par sexe laisse apparaître un équilibre du rapport de masculinité au niveau global avec une valeur de 1,14. Cependant, il y a des disparités régionales notamment au niveau des nouvelles créations et des zones dites difficiles. La prédominance masculine est très nette au niveau des catégories professionnelles spécialisées. En effet, plus des trois quarts (78,60%) des médecins spécialistes de sexe féminin, exercent à Dakar au détriment de Kédougou, Kolda, Matam, Sédhiou et Kaffrine, où aucune spécialiste n'exerce.

Tableau 3 : Répartition des Personnels de Soins par Région, CSP et par Sexe

Région	Médecin		TSS		Infirmier		Sage Femme		Chirurgien Dentiste		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T
Dakar	404	201	283	162	552	569	0	418	29	34	1268	1384	2652
Diourbel	47	7	48	16	107	54	0	64	5	1	207	142	349
Fatick	7	3	15	3	61	40	0	29	1	2	84	77	161
Kaffrine	4	0	8	2	51	10	0	13	1	1	64	26	90
Kaolack	35	11	32	6	101	62	0	45	3	3	171	127	298
Kédougou	8	0	5	2	29	8	0	7	1	0	43	17	60
Kolda	15	0	20	1	50	31	0	18	4	0	89	50	139
Louga	28	6	28	9	85	27	0	45	6	1	147	88	235
Matam	14	0	18	0	60	12	0	16	2	0	94	28	122
Saint Louis	41	6	26	11	98	69	0	43	1	8	166	137	303
Sédhiou	4	0	7	1	31	8	0	13	1	0	43	22	65
Tambacounda	21	1	29	3	105	48	0	34	6	0	161	86	247
Thiès	79	33	55	30	168	175	0	145	15	7	317	390	707
Ziguinchor	37	4	22	8	136	42	0	40	5	2	200	96	296
Total	744	272	596	254	1634	1155	0	930	80	59	3054	2670	5724
GRAND TOTAL	1016		850		2789		930		139		5724		

Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

Il ressort du tableau 3 que les médecins font 17,7% du personnel de soins contre 14,9% pour les TSS, 48,7% pour les infirmiers, 16,2% pour les SFE et 2,4% pour les chirurgiens dentistes.

En outre, il convient de noter que le personnel médical est plus âgé que le personnel para médical. L'âge moyen des infirmiers et des sages femmes est d'environ 41 ans et demi. Ces CSP sont donc relativement plus jeunes que les TSS et les médecins, surtout les médecins spécialistes dont l'âge moyen est d'environ 46 ans et demi (voir tableau 4 ci après).

Tableau 4 : Caractéristiques de Valeur Centrale² de l'âge des Personnels de Soins par CSP

CATEGORIES SOCIO PROFESSIONNELLES	AGE MOYEN	AGE MEDIAN	AGE MODAL
Niveau global	42,33 ans	39,5 ans	45-49 ans
Médecins généralistes	43 ans	39,5 ans	35-39 ans
Médecins spécialistes	46,5 ans	44,5 ans	40-44 ans 45-49 ans
TSS	43,33 ans	39,5 ans	40-44 ans

² L'âge médian exprime l'âge atteint par la moitié des effectifs tandis que l'âge modal exprime l'âge où se retrouvent les effectifs maximum ; l'âge moyen par contre, exprime la moyenne des âges cumulés aux effectifs.

Infirmiers	41,5 ans	39,5 ans	30-34 ans
SFE	41,67 ans	39,5 ans	30-34 ans

Source : MSP/DRH Recensement des personnels de santé au Sénégal – Juin 2009

Il faut aussi noter que les médecins commencent leur carrière professionnelle entre 30 et 34 ans ou plus, tandis que les paramédicaux le font entre 20 et 24 ans. Dans les 5 ans à venir, 9.12% des agents de santé en cours d'emploi, toutes catégories socioprofessionnelles confondues, iront à la retraite. Les agents de santé les plus concernés par ces départs à la retraite sont les infirmiers (22.44%) et les médecins spécialistes (7.05%).

5.2.2. INFRASTRUCTURES SANITAIRES

• *Le secteur public*

Grâce au PNDS 1998-2007, la couverture sanitaire a été améliorée. Toutefois cette amélioration s'est révélée insuffisante car elle a surtout concerné des réhabilitations, sans compter avec les retards dans les livraisons des constructions programmées. L'analyse de la situation actuelle révèle que :

○ Hôpitaux

Le Sénégal compte actuellement selon l'annuaire statistique 2010 et la carte sanitaire 2008, trente cinq (35) hôpitaux dont 10 de niveau 1, 13 de niveau 2 et 09 de niveau 3. Il faut noter que la construction des hôpitaux de Fatick et de Ziguinchor est bloquée depuis 2005. Quant à l'hôpital Dalal Jamm, dans la ville de Guédiawaye, sa construction est en cours.

○ Centres de santé

Le nombre de centres de santé est de quatre vingt dix (90) dont 24 centres de santé de référence, répartis dans 75 districts sanitaires. Un nouveau centre de santé vient d'être inauguré à Keur Massar Les nouveaux districts sanitaires estimés au nombre de douze (12) ne disposent pas encore de centres de santé fonctionnels.

○ Postes de santé

Toujours selon l'annuaire statistique 2010, le nombre de postes de santé est de mille cent onze (1111) dont 259 sans maternité. A côté, on dénombre 129 maternités isolées. On dénombre au total 1035 postes de santé fonctionnels. La couverture en postes de santé avec en moyenne un ratio de 1 PS pour 10094 habitants³ est relativement satisfaisante mais cache cependant des disparités régionales : les meilleures couvertures enregistrées pour les régions de Ziguinchor, Fatick, Saint-Louis et Kédougou. Les régions de Dakar, 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. Cependant, le ratio le plus faible enregistré à Dakar est compensé par une bonne accessibilité géographique du fait de la concentration de sa population.

○ Cases de santé et maternités rurales

Au niveau communautaire, se situent les cases de santé (1603) et les maternités rurales qui constituent le premier recours de soins essentiellement en zone rurale et qui mènent beaucoup d'activités préventives et promotionnelles.

³ Source : annuaire statistique 2010, MSAS

- Autres infrastructures

- ✓ Sièges du MSAS : La construction du siège du Ministère de la Santé en 2004 a permis de regrouper la plupart des Directions et Services nationaux facilitant ainsi la coordination au niveau national. L'extension du siège est d'ailleurs prévue pour accueillir les autres services externes comme la direction de la pharmacie et des laboratoires, la CAFSP, la Division de la lutte contre le SIDA et la Division de la santé de la reproduction.
- ✓ Régions médicales : 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 également le cas des trois nouvelles régions qui ont été créées en 2008 à savoir Kédougou, Sédhiou et Kaffrine.
- ✓ Brigades régionales d'Hygiène : A l'exception de celles de Matam, Kolda et Saint-Louis, elles 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.
- ✓ Centres régionaux de formation : 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.
- ✓ Centres de promotion et de réinsertion sociale (CPRS) : les CPRS participent à la lisibilité de l'Action Sociale de l'Etat mise en œuvre par la Direction. Ils s'activent dans le domaine socioéducatif, socioéconomique, culturel, sportif de même que celui de la prophylaxie sociale et la recherche-action. Ils sont pour la plupart logés dans des bâtiments vétustes qui ne sont généralement pas des locaux appartenant au service. L'objectif ici est d'implanter un CPRS au moins dans chaque commune ou communauté rurale. Etant donné qu'il existe 161 Communes, 377 Communautés rurales et 7 nouvelles Collectivités locales, 545 CPRS devront être construits et équipés dans le cadre de l'extension du maillage du territoire national.

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

- Ministère des Forces Armées avec l'Hôpital Principal de Dakar, l'Hôpital Militaire de Ouakam, 16 Centres médicaux de garnisons et 12 Postes médicaux de garnison.
- Ministères chargés de l'Education avec les inspections médicales des écoles et les infirmeries des collèges, lycées et universités
- Ministère de l'Intérieur avec les infirmeries de la police, des sapeurs pompiers
- Ministère de la Justice avec les infirmeries de l'administration pénitentiaire
- Ministère de l'Economie et des Finances : les infirmeries des douanes
- Ministère en charge du Travail avec les centres de l'IPRES et les services de santé des entreprises
- Ministère en charge de la Jeunesse avec les centres pour la promotion de la santé des adolescents
- Ministère en charge de l'Environnement avec les infirmeries de parcs nationaux.

- **Le secteur privé**

Le secteur privé compte 2 hôpitaux privés confessionnels, 32 cliniques, 70 maternités, 131 cabinets médicaux et 171 postes de santé privés dont 77 privés catholiques, 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 tous à Dakar.

Au total, la couverture sanitaire est globalement satisfaisante pour les postes de santé, moyennement satisfaisante pour les centres de santé et peu satisfaisante pour les hôpitaux. En effet, la région de Fatick et les nouvelles régions (Kaffrine, Sédhiou et Kédougou) ne disposent pas d'hôpital fonctionnel à l'heure actuelle.

Les ratios 2010 par rapport à la population sont les suivants :

- 1 Hôpital pour 368131 habitants (Norme OMS= 1 Hôpital pour 150000 habitants)
- 1 Centre de santé pour 140637 habitants (Norme OMS= 1CS ou hôpital de district pour 50.000 habitants)
- 1 Poste de santé pour 10094 habitants (*1 Poste de santé pour 10000 habitants*)

Cette situation de couverture passive en infrastructures sanitaires indique que des efforts doivent être faits notamment pour les hôpitaux et les centres de santé. Pour les postes de santé, il s'agira essentiellement de prendre en compte les communautés rurales nées des découpages administratifs dans le respect des critères de la carte sanitaire pour l'implantation de postes de santé.

Il faut préciser que certaines structures de santé ne sont pas prises en compte dans le calcul du ratio postes de santé/population. C'est le cas des cabinets médicaux privés et des infirmeries d'entreprise. Les besoins seraient inférieurs à 1612 postes de santé si ces structures étaient prises en compte. Au niveau local, il reviendra aux planificateurs de la région de déduire du quota alloué par la carte sanitaire les postes privés médicaux, les dispensaires des sœurs, des infirmeries d'entreprise existants pour avoir les normes.

Les districts sanitaires de Bounkiling, Malem Hodar, Passy, Birkilane, Makacoulibantang, Pété, Diankhé Makhang, Saraya, Salémata, Pout, et Médina Yoro Foulah n'ont pas de centres de santé construits. Les centres de santé des districts de Koumpentoum, Kidira, Vélingara et Goudomp sont en construction. Les districts de Ranérou et Kanel sont construits et fonctionnels alors que ceux de Birkilane, Médina Yoro Foulah, Bounkiling et Salémata sont de nouveaux districts non encore opérationnels.

5.2.3. EQUIPEMENTS ET MOBILIER

5.2.3.1. EQUIPEMENTS BIOMEDICAUX

Le PNDS 1998-2007 avait 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. La chaîne de froid pour la conservation des vaccins a été entièrement renouvelée. Cependant,

- 63% des centres de santé ne disposent pas d'Automate hématologique et 33% de Centrifugeuse à micro hématocrite,
- 21% de Microscope (binoculaire),
- 43% de Spectrophotomètre,
- 76% d'Appareils de radiologie,
- 32% d'Echographie simple et
- 30% d'Unité dentaire complète

Seuls 43% des CSR disposent d'un appareil de radiologie. Ils sont 80% à être équipés d'appareil d'échographie. Les centres de santé qui ne disposent pas d'appareil de radiologie sont de 81%, et de 39% pour ceux qui n'ont pas d'appareil d'échographie.

Tous les centres de santé de référence disposent d'unité dentaire dont 42% seulement sont fonctionnels.

Environ 17% des postes de santé complets disposent d'incinérateur. Seuls 9% des postes de santé sans maternité en disposent. Parmi les maternités isolées, trois disposent d'incinérateurs ou de brûleurs, ce sont les maternités de la Fondation Elizabeth, de Mbour Toucouleur et de Pire.

Les postes de santé sans maternité qui ne disposent pas d'une table de consultation sont de 0,8%, de frigo de 4%, de motos de 49%. Toutefois tous les postes disposent d'au moins un tensiomètre. Toutes les maternités isolées recensées disposent de table de consultation.

5.2.3.2. MAINTENANCE DES INFRASTRUCTURES ET DES EQUIPEMENTS

Le document de politique de maintenance est disponible depuis 2009. Malgré tout, il a été noté des insuffisances dans le fonctionnement normal des activités de maintenance dans les hôpitaux (STM), régions médicales (BRM) et districts sanitaires (UTM). Cette situation découle d'un défaut d'organisation (plan d'équipement des structures de maintenance, organigramme, système d'information pour la maintenance (SIM)), mais aussi d'un déficit en personnel qualifié. L'option de rendre fonctionnels les structures de maintenance au niveau des hôpitaux, régions, et districts devrait être revue au regard des résultats enregistrés dans ce domaine. Une solution pourrait être le recours à la contractualisation avec des prestataires de services pour la maintenance des équipements lourds.

5.2.4. LOGISTIQUE ROULANTE

Le recensement fait au niveau des régions médicales indique qu'il ya 37 véhicules et 27 motos. Pour ce qui est des véhicules (Véhicule de supervision Pick Up & ambulances), le minimum est de 3 véhicules par région médicale. Seule la région de Louga ne dispose pas de ce minimum.

Au niveau des districts, il a été recensé un total de 208 véhicules et 706 motos. Environ 40 % des districts n'ont pas 3 véhicules.

En 2002, tous les postes de santé ont été dotés de motos, les centres de santé en ambulances et véhicules de supervision, les centres de santé en zone insulaire en vedettes ambulances sans

compter l'effort spécial qui a été fait en direction de certains hôpitaux qui ont été dotés en équipements de pointe (scanner et autres).

5.2.5. EQUIPEMENTS INFORMATIQUES

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.

L'existant recensé dans la carte sanitaire est de 59 ordinateurs pour les régions. Le minimum retenu pour les ECR est de 5 (MCR, MCRA, Secrétaire, Superviseur, Chef Brigade d'hygiène). Ce minimum reste valable pour les districts. Au niveau des districts, il a été recensé un total de 478 ordinateurs et 71 photocopieurs. Environ 25 % des districts n'ont pas 5 ordinateurs.

5.2.6. MEDICAMENTS ET APPROVISIONNEMENTS

Le pays a connu d'importantes ruptures de médicaments ces deux dernières années. Les contraceptifs, les ACT, la SP font partie des molécules souvent citées dans la liste des médicaments en rupture au niveau des districts. Les hôpitaux ont également souffert de cette situation de rupture de médicaments et ont parfois menacé de fermer des blocs opératoires pour manque de produits anesthésiques par exemple. Les raisons évoquées vont des contraintes liées au nouveau code de passation des marchés en passant par l'insuffisance des capacités au niveau de la PNA et la mauvaise gestion du médicament au niveau des formations sanitaires (mauvaise estimation des besoins, absence de suivi des stocks, mauvaise gestion des approvisionnements etc.)

5.2.7 FINANCEMENT DE LA SANTE

Les programmes visant à rendre gratuits certains actes sont de plus en plus nombreux. A ce jour, on peut identifier 8 programmes de gratuité, dont deux qui ne sont pas reconnus comme tel (subvention aux hémodialyses et subvention aux CTA). Les dépenses pour ces programmes ont fortement cru sur la période, mais sont désormais (depuis 2007) relativement stables. 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 :

- la couverture du risque maladie bâtie sur des principes de solidarités professionnelles et limitée à certaines catégories socio professionnelles ;
- 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 ;

- 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) ;
- les certificats d'indigence qui permettent aux personnes qui en sont munies de bénéficier gratuitement de soins dans les formations sanitaires publiques ;
- 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.

VI. METHODOLOGIE

L'outil OneHealth est un outil unique utilisé pour soutenir les processus de planification au niveau des pays, en particulier à renforcer les aspects de coûts, de budgétisation, de financement et d'élaboration de stratégies du secteur de la santé dans les pays en développement. Le modèle s'appuie sur l'évaluation conjointe des stratégies nationales (JANS), et s'appuie sur les meilleures composantes des différents outils qui existent actuellement dans le système. L'outil exige que la planification soit fondée sur une analyse explicite du système de santé actuel, et le contexte général et ce qui peut raisonnablement être atteint à moyen terme.

Le processus de costing a démarré lors d'un atelier tenu du 20 au 22 Février 2012 à Saly. Lors de cet atelier, des groupes de travail ont été constitués autour de trois thèmes stratégiques dont les infrastructures et équipement, le financement de la santé et les ressources humaines. Pour chacun des groupes, le mandat était de renseigner les fiches de collecte de données à intégrer au niveau de l'outil.

Les données utilisées ont été collectées auprès des directions, programmes et services.

VII. EVALUATION DES COÛTS

➤ Ressources humaines

Les besoins en personnel sont fonction de la norme de référence (Norme 2005 et Norme 2008). La norme de 2005 est mise ici à titre indicatif, et est utilisée dans la détermination du gap actuel. L'utilisation de la norme 2008 entraîne ipso facto la révision des besoins en ressources humaines.

C'est ainsi que par exemple :

- (i) pour le CSR, le gynécologue, le pédiatre et le compétent SOU qui existaient dans le profil proposé par la carte sanitaire 2005 ne sont pas maintenus par celle de 2008
- (ii) pour les CSS, le compétent SOU et le chirurgien généraliste sont éliminés de la carte 2008
- (iii) pour l'EPS2 certaines spécialités médicales et chirurgicales sont conseillées dans telle région et pas dans d'autres
- (iv) pour l'EPS3, une dichotomie apparaît avec des EPS3 de type spécialisé et des EPS3 de type général.

Cependant, les besoins en ressources humaines sont corrélés aux besoins en infrastructures sanitaires

A titre de rappel, les besoins en infrastructures de santé entre 2009 - 2013 sont de :

- 5 EPS de niveau 2,
- 12 centres de santé secondaires,
- 290 postes de santé de type complet.

Malgré cela, les différentes stratégies de développement et de gestion des ressources humaines qui sont développées dans le cadre de la politique de développement des ressources humaines au cours des quatre prochaines années peuvent se résumer comme suit :

- la mise en place de paquets d'incitations et de rétention (primes, logement, bourses de spécialisation, développement d'un plan de carrière pour le personnel en conformité avec la vision et les besoins du secteur etc.) pour le personnel travaillant en zone difficile ainsi que d'autres mécanismes de répartition équitable du personnel (recrutement sur poste,) ;
- le renforcement de la formation continue en conformité avec les besoins du secteur à travers, entre autre, la formation du personnel de santé et des agents de santé communautaires à la mise en œuvre du paquet de soins intégrés, l'adoption d'un plan de formation continu mis en œuvre de manière efficiente, ainsi qu'une amélioration de la collaboration avec les institutions nationales de formation ;
- la mise en adéquation des capacités et des curricula des institutions publiques et privées de formation avec les besoins de formation initiale ;
- l'actualisation des normes et standard des ressources humaines en santé ;
- la gestion de proximité orientée vers l'amélioration continue de la performance des services ;

Le dernier recrutement en date de 2010, a porté sur l'ensemble des catégories socio professionnelles de la santé. Au total, selon les données de la Direction des ressources humaines, le tableau suivant donne l'effectif de certaines catégories socio professionnelles recrutées en 2010.

Tableau 5 : Effectif du personnel recruté en 2010

Catégories	Effectif recruté en 2010
Médecins	93
Pharmaciens	10
Chirurgiens-dentistes	12
Sages-femmes	102
IDE	97
Assistants infirmiers	63

Source : DRH

Sur la base de l'effectif et du nombre d'agents recrutés, et aussi des objectifs fixés dans le cadre du PNDRH, nous avons établi une projection sur la période 2011 – 2015 des ressources humaines nécessaires à recruter. La projection des besoins en ressources humaines a pris en compte trois éléments :

- la couverture du déficit actuel;
- le remplacement des agents qui doivent partir à la retraite;
- la dotation en personnel suite aux nouvelles implantations prévues par la carte sanitaire.

Pour mieux cerner la réalité, il faut prendre en compte les déperditions qui se traduisent par :

- les migrations internationales du personnel qualifié;

- les migrations internes du personnel du secteur public vers le secteur privé;
- les migrations au sein du secteur public, du MSP vers d'autres ministères.

Ces sorties définitives sont difficiles à maîtriser du fait des stratégies utilisées par le personnel (mise à disponibilité, congés administratifs à l'étranger, mise en position de stage de formation à l'étranger). Toutes ces migrations ont pour objectif fondamental la recherche de plus d'avantages financiers et professionnels. La répartition des ressources humaines en santé par CSP et par âge permet de déterminer les agents qui iront à la retraite durant les périodes considérées et qu'il faudra donc remplacer.

Tableau 6 : Estimation des besoins en ressources humaines

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Chirurgiens dentistes	3	4	4	5	6	22
Infirmiers	757	866	989	1131	1292	5035
Médecins généralistes	25	42	42	43	43	195
Médecins spécialistes	49	56	64	74	84	327
Pharmaciens	8	9	11	13	15	56
Sages femmes	351	402	459	525	600	2337
Technicien supérieur	86	120	134	151	170	661
Agent administratif	2	2	5	7	8	24
Assistant social	55	65	90	111	119	440
Chauffeurs	4	4	3	4	1	16
Garçons et filles de salle	115	115	23	32	42	327
Secrétaire	232	232	9	15	18	506
Travailleur social	28	28	48	82	92	278

Source : Estimation faite avec OneHealth

Les besoins d'ici 2015, sur la base des hypothèses énumérées ci-dessus et sur la base des besoins estimés dans le PNDRH, sont de 195 médecins généralistes, 327 médecins spécialistes, 661 techniciens supérieurs, 5035 infirmiers, 2337 sages-femmes et 278 travailleurs sociaux. Ces catégories à recruter représentent 50% de l'effectif d'ici 2018.

A ce jour, plusieurs mécanismes de rétention (contractualisation, incitations financières etc....) ont été initiés pour motiver le personnel qualifié dans ces régions.

Toutefois, aucun d'entre eux n'a pu permettre de retenir les agents qualifiés dans ces régions. Par conséquent, il est urgent d'en réduire les effets en développant des stratégies novatrices de motivation en vue de fidéliser les ressources humaines. L'amélioration des conditions de vie et de travail participera non seulement à renforcer la protection et la sécurité des agents mais aussi à motiver l'ensemble des ressources humaines en santé pour augmenter la productivité et la qualité de leurs prestations. Elle passera par la mise en place de structures fonctionnelles, bien équipées et par le respect des normes sécuritaires. En outre, des outils incitatifs touchant à la fois des systèmes de motivation matérielles (octroi d'une juste rémunération, mesures incitatives financières et non financières) et non matérielles (valorisation du mérite, participation et responsabilisation au processus de prise de décision) doivent être développés.

Par ailleurs, il sera mis en place un système de motivation lié aux résultats et basé sur les performances. Le Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé

(PNDRHS) prend en charge les aspects liés à la motivation. Cette dernière constitue un déterminant essentiel pour la fidélisation du personnel affecté dans les zones difficiles afin de satisfaire l'accès aux soins de santé pour toute la population.

Tableau 7 : Salaires du personnel additionnel

Salaires du personnel additionnel	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Chirurgiens dentistes	756 000	1 008 000	1 008 000	1 260 000	1 512 000	5 544 000
Infirmiers	112 036 000	128 168 000	146 372 000	167 388 000	191 216 000	745 180 000
Médecins généralistes	6 762 500	11 361 000	11 361 000	11 631 500	11 631 500	52 747 500
Médecins spécialistes	13 254 500	15 148 000	17 312 000	20 017 000	22 722 000	88 453 500
Pharmaciens	2 016 000	2 268 000	2 772 000	3 276 000	37 800 000	48 132 000
Sages femmes	51 948 000	59 496 000	67 932 000	77 700 000	88 800 000	345 876 000
Technicien supérieur	14 577 000	20 340 000	22 713 000	25 594 500	28 815 000	112 039 500
Agent administratif	355 000	355 000	887 500	1 242 500	1 420 000	4 260 000
Assistant social	11 522 500	13 617 500	18 855 000	23 254 500	24 930 500	92 180 000
Garçons et filles de salle	16 445 000	16 445 000	3 289 000	4 576 000	6 006 000	46 761 000
Secrétaire	66 004 000	66 004 000	2 560 500	4 267 500	5 121 000	143 957 000
Travailleur social	5 866 000	5 866 000	10 056 000	17 179 000	19 274 000	58 241 000
Total	301 542 500	340 076 500	305 118 000	357 386 500	439 248 000	1 743 371 500

Source : Estimation faite avec OneHealth

➤ Infrastructures sanitaires

- Constructions de nouvelles infrastructures

Il s'agira de terminer les projets de constructions/extensions actuellement en cours. Pour le secteur hospitalier, il s'agit plus spécifiquement des hôpitaux de Fatick, Ziguinchor, Dallal Jamm, et de la Maternité de l'hôpital Aristide Le Dantec. La programmation des hôpitaux à construire dans les nouvelles régions ne sera envisagée qu'après l'achèvement et la mise en fonction de ces infrastructures.

Concernant les centres de santé, la même démarche sera adoptée. En conséquence, les centres de santé de Goudomp, Samine, Cas Cas, Médina Gounass, Niakhar, Gandiaye, seront rendus fonctionnels d'ici 2013.

Au niveau périphérique, la décentralisation du BCI pour la construction de Postes de santé sera poursuivie et concernera prioritairement les 32 communautés rurales non pourvues (voir annexe 3). Ces postes seront fonctionnels en 2013.

Tableau 8 : Projets de construction/extensions en cours

Nature des travaux des chantiers en cours	Structures concernées
Extension du Centre de Santé de Tivaouane	Centre santé de Tivaouane
Réhabilitation de la Maternité de DANTEC	Maternité Le Dantec
Construction des Centres de Santé de Cas Cas, Samine Goudomp Médina Gounass, Gandiaye et Niakhar	Centres de Santé de Cas Cas, Samine Goudomp, Médina Gounass, Gandiaye et Niakhar
Construction des Hôpitaux de Fatick et Ziguinchor	Construction des Hôpitaux de Fatick et Ziguinchor
Construction Hôpital Dallal Jamm	Hôpital Dallal Jamm

Source : PPI DEM/MSHP

- Nouveaux projets de construction

Le programme de réalisations de nouvelles infrastructures au cours de la période 2011-2015 a tenu compte des critères suivants :

- Les besoins identifiés à travers la carte sanitaire et les disparités entre régions et entre districts de même région ;
- Les nouvelles créations de départements, de mairies et de communautés rurales et le redécoupage en districts sanitaires y afférent ;
- Les ressources mobilisables

Le PIS, sur la base de ces critères prévoit la réalisation d'un certain nombre de nouvelles infrastructures sanitaires de différentes catégories entre 2011 et 2015 en accordant la priorité aux projets inscrits au niveau du tableau 9.

- Construction de 32 nouveaux postes de santé dans les communautés rurales non couvertes
- Construction de nouveaux centres de santé conformément à l'arrêté 01259 MSP/SG/BL du 12/02/2010 fixant un nouveau découpage des districts sanitaires
- Construction de 5 centres santé à la place de postes de santé dans des localités devenues plus importantes en termes de population ou passées de communauté rurale à commune
- Construction de trois nouveaux hôpitaux régionaux (Kaffrine, Sédhiou, Kédougou).
- Construction de 26 nouveaux centres de promotion et de réinsertion sociale
- Rénovation de 20 centres de promotion et de réinsertion sociale

Tableau 9 : Nouveaux projets de construction

Désignation	Nombre	Localisation
Construction de postes de santé dans les communautés rurales dépourvues	32	Voire tableau H (annexe)
Construction de centres de santé pour être conforme aux termes de l'arrêté ministériel 01259 MSP/SG/BL du 12/02/2010 fixant un nouveau découpage des districts sanitaires	6	Boukiling, Sakal, Koki Keur Momar Sarr, Birkelane Médina Yoro Foulah
Construction de centres de santé logés dans des locaux	5	Passy, Ndoffane, Malem Hoddar

de poste de santé		Diouloulou, Pout
Construction de trois nouveaux hôpitaux régionaux (Sédhiou, Kaffrine et Kédougou)	3	Sédhiou, Kaffrine, Kédougou

Source : PPI DEM/MSHP

Pour les formations sanitaires à construire sur la période 2011–2015, les besoins sont exprimés dans le document national PPI qui tient compte du nouveau découpage administratif et de la carte sanitaire 2010 où les besoins ont été identifiés.

Tableau 10 : Etablissements à construire

Types de formations sanitaires	2011	2012	2013	2014	2015	Total
ESP 3			1	0	0	1
ESP 2			1	1	0	2
ESP 1			0	0	0	0
CSS			4	1	1	6
CSR			2	2	3	7
CPRS			7	9	10	26
Poste de sante	3	3	5	9	12	32

Source : Estimation faite avec OneHealth

Tableau 11 : Coût de construction et équipements des nouveaux établissements

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
ESP 3			22 615 554 500			22 615 554 500
ESP 2			11 291 880 000	11 291 880 000		22 583 760 000
CSR			4 764 812 000	4 764 812 000	7 147 218 000	16 676 842 000
CSS			7 483 824 000	1 870 956 000	1 870 956 000	11 225 736 000
CPRS			177 905 000	228 735 000	254 150 000	660 790 000
Poste de sante	408 841 500	408 841 500	681 402 500	1 226 524 500	1 635 366 000	4 360 976 000
Total	408 841 500	408 841 500	47 015 378 000	19 382 907 500	10 907 690 000	78 123 658 500

Source : Estimation faite avec OneHealth

- Réhabilitation et extension d'infrastructures dans les 14 régions

Les besoins en matière de réhabilitation concernent toutes les régions. Dans certaines régions, il s'agit de travaux d'extension. Les hôpitaux, les centres de santé, les postes de santé et les centres de promotion et de réinsertion sociale peuvent être ciblées selon le niveau de dégradation. On distinguera en général trois types de réhabilitation (réhabilitation à petite échelle, moyenne échelle et grande échelle) suivant le niveau de dégradation des infrastructures sanitaires ciblées. Pour le cas particulier des hôpitaux, il peut s'agir d'un projet plus global visant à relever le plateau technique du niveau 1 au niveau 2 par exemple.

Tableau 12 : Etablissements à réhabiliter

Types de formations sanitaires	2011	2012	2013	2014	2015	Total
ESP 3	0	0	2	1	3	6
ESP 2	0	0	2	3	4	9
ESP 1	0	0	2	3	2	7
CSS	2	4	10	18	22	56
CSR	2	4	4	5	6	21
CPRS	0	0	11	7	2	20
Poste de sante	14	18	29	40	49	150

Source : Estimation faite avec OneHealth

Tableau 13 : Les coûts de la réhabilitation des établissements

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
ESP 3	0	0	5 000 000 000	2 000 000 000	10 000 000 000	17 000 000 000
ESP 2	0	0	5 250 000 000	7 500 000 000	11 250 000 000	24 000 000 000
ESP 1	0	0	2 500 000 000	5 000 000 000	3 500 000 000	11 000 000 000
CSS	575 000 000	2 300 000 000	2 425 000 000	2 650 000 000	4 150 000 000	12 100 000 000
CSR	360 000 000	675 000 000	1 665 000 000	2 565 000 000	3 015 000 000	8 280 000 000
CPRS	0	0	178 618 000	113 666 000	32 476 000	324 760 000
Poste de sante	205 000 000	255 000 000	415 000 000	620 000 000	780 000 000	2 275 000 000
Total	1 140 000 000	3 230 000 000	17 433 618 000	20 448 666 000	32 727 476 000	74 979 760 000

Source : Estimation faite avec OneHealth

En tenant compte des nouvelles constructions et des réhabilitations prévues dans le cadre du PPI, les coûts suivants ont été estimés sur la période.

Cependant il convient de noter que les besoins en équipements pour la prise en charge des maladies chroniques à soins coûteux sont loin d'être satisfaits. Les acquisitions prévues en matière d'équipements de 2011 à 2015 figurent en annexe. Les besoins dans ce domaine ont été également estimés en tenant compte de la carte sanitaire et en fonction du déficit noté. L'estimation des coûts liés aux équipements médicaux et meubles est faite sur la base des nouvelles constructions et la réduction du gap noté dans les formations sanitaires. Toutes les formations sanitaires construites seront équipées.

L'absence de renouvellement des équipements explique le déficit noté actuellement dans certaines structures où des équipements acquis en début de programme sont devenus usés ou obsolètes sans être renouvelés.

➤ Prévisions en matière de logistique roulante

La carte sanitaire établit qu'il faut un minimum de 3 véhicules par ECR et par ECD. En ce qui concerne les véhicules seule la région de Louga ne dispose pas de ce minimum. La priorité sera réservée aux trois nouvelles régions médicales. Pour les motos, aucune norme n'a été fixée, mais l'on peut considérer que chaque superviseur et chaque ICP doivent en disposer.

S'agissant des ambulances, il faut partir de l'hypothèse que tous les centres de santé et les hôpitaux devront en être dotés. En outre, dans le cadre du PPI, il est prévu de doter les formations sanitaires en logistique roulante afin d'améliorer l'accessibilité géographique et le monitoring des activités.

Tableau 14 : Estimation des coûts de la logistique roulante

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Véhicule Pick up	0	312 000 000	312 000 000	312 000 000	312 000 000	1 248 000 000
Ambulances médicalisées	4 655 000 000	935 000 000	935 000 000	935 000 000	935 000 000	8 395 000 000
Moto	1 774 800 000	436 560 000	441 660 000	442 680 000	447 100 000	3 542 800 000
Véhicule de supervision	0	249 857 000	249 857 000	249 857 000	249 857 000	999 428 000
Total	6 429 800 000	1 933 417 000	1 938 517 000	1 939 537 000	1 943 957 000	14 185 228 000

Source : Estimation faite avec OneHealth

➤ Besoins en équipements informatiques

L'évaluation des besoins a été estimée sur la base de la carte sanitaire pour les ECR et les ECD à raison de 5 ordinateurs et de 3 photocopieurs. Pour les Centres de santé il faut au moins 2 ordinateurs et 3 photocopieurs par centre. Pour le niveau central, les besoins ont été exprimés par les directions et services en fonction de leur taille.

Dans ce domaine, il s'agira d'assurer la disponibilité et l'utilisation en temps réel de l'information sanitaire à travers :

- le développement d'un plan national de suivi et d'évaluation comportant des indicateurs de base (et des cibles) ainsi que des dispositions concernant la collecte, la gestion, l'analyse, la communication et l'utilisation des données ;
- le renforcement du système d'information sanitaire y compris l'utilisation des TIC, la simplification et l'amélioration des outils de gestion du Système d'Information Sanitaire (SIS) afin qu'il n'y ait plus de systèmes parallèles de suivi et d'évaluation mais que ceux-ci soient intégrés dans une méthodologie centrée sur les résultats ;
- La mise en place d'un mécanisme rendant les informations accessibles à toutes les parties prenantes, y compris les communautés, la société civile, les professionnels de la santé et les hommes politiques.

Tableau 15 : Estimation des coûts des équipements en communication

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Pack ordinateurs	0	496 500 000	501 000 000	501 900 000	505 800 000	2 005 200 000
Photocopieuse robuste	0	10 020 000	10 020 000	10 020 000	10 020 000	40 080 000
Imprimante robuste	19 160 000	6 680 000	6 680 000	6 680 000	6 680 000	45 880 000
Scanner	12 720 000	4 680 000	4 680 000	4 680 000	4 680 000	31 440 000
Infrastructures réseaux	3 000 000	600 000	600 000	600 000	600 000	5 400 000
Total	34 880 000	518 480 000	522 980 000	523 880 000	527 780 000	2 128 000 000

Source : Estimation faite avec OneHealth

➤ Médicaments et approvisionnements

Le PIS accorde une grande importance à la disponibilité durable et à la qualité du médicament. Aussi les capacités de la PNA seront – elles renforcées dans la mise en œuvre du plan de passation des marchés pour l’approvisionnement en médicaments que des dérogations lui soient octroyées ou non. Le système d’information et les procédures de gestion du médicament seront révisés. Les capacités de la PNA, des PRA, des ECR/ECD et des responsables de la gestion des dépôts de pharmacie au niveau des districts seront renforcées. En outre, il est prévu la construction dans les nouvelles régions des pharmacies régionales d’approvisionnement (PRA).

Tableau 16 : Estimation des coûts Médicaments, produits et Approvisionnement

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Medicaments et produits	30 705 860 000	43 399 935 000	56 247 265 000	67 006 177 000	75 932 992 500	273 292 229 500
Logistique, transport des médicaments	32 560 159 000	44 482 959 000	57 484 264 000	68 155 201 000	76 864 016 500	279 546 599 500
Total	63 266 019 000	87 882 894 000	113 731 529 000	135 161 378 000	152 797 009 000	552 838 829 000

Source : Estimation faite avec OneHealth

➤ Financement de la santé

La protection des groupes vulnérables constitue une priorité de la stratégie de réduction de la pauvreté. A ce propos, le secteur de la santé vise à relever le défi de garantir l’accès aux soins pour les populations démunies. Les initiatives de subvention et de gratuité des prestations prises au niveau de la politique nationale 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.

Tableau 17 : Estimation des coûts liés au financement de la santé

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Assurance maladie universelle	19 740 550 500	20 727 577 000	21 763 959 500	22 852 152 000	23 994 766 000	109 079 005 000
Financement basé sur les résultats	0	286 629 000	1 129 909 500	0	0	1 416 538 500
Prise en charge des indigents	33 979 382 000	34 848 237 500	35 739 307 000	36 653 157 500	37 590 383 000	178 810 467 000
Filets sociaux : Césarienne	489 625 500	502 143 500	514 978 500	528 151 000	541 661 500	2 576 560 000
Filets sociaux : Diabète	29 952 500	307 183 500	315 038 000	323 094 000	33 135 500	1 008 403 500
Filets sociaux : Dialyse	810 005 000	830 718 000	852 009 500	873 764 000	896 097 000	4 262 593 500
Filets sociaux : Plan sésame	1 131 620 000	1 160 555 500	1 190 230 000	1 220 665 500	1 251 877 500	5 954 948 500
Filets sociaux : Cancer	24 989 000	25 628 000	26 282 500	26 955 500	27 643 500	131 498 500
Filets sociaux : Tuberculose	264 024 000	270 763 500	277 694 000	284 798 500	292 076 500	1 389 356 500
Filets sociaux : Sida/ARV	900 027 000	1 259 363 500	1 443 550 500	1 605 298 000	1 877 098 500	7 085 337 500
Filets sociaux : Paludisme	2 700 161 500	2 769 204 000	2 840 011 000	2 912 631 500	2 987 109 000	14 209 117 000
Total	60 070 337 000	62 988 003 000	66 092 970 000	67 280 667 500	69 491 848 000	325 923 825 500

Source : Estimation faite avec OneHealth

VIII – Résultats d’impact attendus

L’objectif visé à travers la mise en œuvre du PNDS et du CDMST est de réaliser des progrès substantiels vers l’atteinte des OMD 4 et 5. La mise en œuvre des interventions à haut impact permettra de réduire le taux de mortalité maternelle à 351 pour 100 000 naissances vivantes, celui de la mortalité néonatale à 21 pour 1 000 naissances vivantes en 2015 et celui de la mortalité infanto juvénile à 51 pour 1000 naissances vivantes contre respectivement 401/100 000, 29 pour 1 000 naissances vivantes et 72 pour 1 000 naissances vivantes en 2010.

	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de mortalité maternelle	401	401	360	356	351
Taux de mortalité néonatale	29	28	24	23	21
Taux de mortalité des moins de 5 ans	72	67	60	55	51

Source : Estimation faite avec OneHealth

✓ Résultats d’effet attendus

Pour atteindre les résultats d’impact ci-dessus, la mise en œuvre du PNDS et du CDSMT devra permettre d’assurer une couverture effective minimale pour les interventions à haut impact. La mobilisation des ressources supplémentaires permettra l’amélioration des différents programmes, à travers l’amélioration de la disponibilité et de l’accessibilité du paquet intégré d’interventions obstétricales et néonatales à haut impact pour le couple mère/enfant. La mise en œuvre de cette approche intégrée des interventions pour la gestion de la santé de la mère et du nouveau-né passera par un accroissement de la couverture sanitaire notamment en zone rurale dans le cadre d’un renforcement général du système de santé.

Les couvertures présentées au tableau suivant sont les résultats d’effet attendus à terme.

Tableau 18 : résultats d’effet attendus d’ici 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Santé maternelle					
Gestion des cas d’avortement	2.4	4.7	7.1	9.5	11.8
Ectopic case management	2.9	5.8	8.7	11.6	14.6
Vaccin antitétanique pour les femmes enceintes	88.4	88.8	89.2	89.6	90.0
CPN	42.8	45.9	48.9	52.0	55.0
Gestion des autres complications de grossesse	15.0	30.0	45.0	60.0	75.0
Soins à l'accouchement					
Prise en charge de travail et à l’accouchement	51.0	53.7	56.4	59.1	61.8
Prise en charge de la troisième étape de travail	24.5	26.0	37.7	39.7	41.7
Gestion de l’éclampsie (Sulfate de Magnésium)	24.5	26.0	37.7	39.7	41.7
Réanimation néonatale (dans un établissement de santé)	9.0	9.5	22.7	23.9	25.1
Conseil pour l'alimentation et de soutien à faible poids à la naissance	57.8	64.5	72.1	80.6	90.0
Corticostéroïdes prénataux pour accouchement prématuré	24.5	26.0	37.7	39.7	41.7
Antibiotiques pour RPM	24.5	26.0	37.7	39.7	41.7

Soins postnataux préventifs	5.0	9.9	14.8	19.8	24.8
Autres maladies sexuellement transmissibles et santé reproductive					
Traitement de la syphilis	5.0	4.5	4.0	3.5	3.0
Traitement de la gonorrhée	4.9	4.3	3.8	3.4	3.0
Traitement de la chlamydia	3.6	3.3	2.9	2.6	2.2
Santé infantile					
Supplémentation en vitamine A (Enfants de 6 - 59 mois)	91.0	92.0	93.0	94.0	95.0
SRO	47.0	51.1	59.1	67.0	75.0
Zinc pour le traitement de la diarrhée	13.1	26.2	32.5	38.7	45.0
Antibiotique pour le traitement de la dysenterie	25.1	29.1	33.1	37.2	41.3
Traitement de la Pneumonie	44.4	48.7	53.0	57.4	61.8
Traitement du paludisme chez les enfants	31.2	35.4	41.9	48.5	55.0
Vitamine A pour le traitement de la rougeole	87.8	89.6	91.4	93.2	95.0
Vaccin contre le rotavirus	16.0	32.0	48.0	64.0	80.0
Vaccin anti-rougeole	80.6	84.2	87.8	91.4	95.0
Pentavalent	70.0	90.0	91.7	93.3	95.0
Vaccin anti-pneumonie	19.0	38.0	57.0	76.0	95.0
Vaccin antipolio	88.6	90.2	91.8	93.4	95.0
Vaccin BCG	97.4	96.8	96.8	96.8	96.8
Femmes enceintes dormant sous un MII	15.0	30.0	45.0	60.0	75.0
TPI pour femmes enceintes	25.2	41.4	57.6	73.8	90.0
VIH					
PTME	30.0	33.1	36.1	39.2	42.2
ART pour adultes	6.2	12.4	18.6	24.8	31.0
ART pour enfants	35.6	29.9	24.1	18.3	12.5
Nutrition					
Supplémentation en acide folique	4.8	9.5	14.3	19.0	23.8
Promotion de l'allaitement maternel exclusif	20.9	26.9	36.3	45.6	55.0
Conseils sur l'alimentation complémentaire et de soutien	2.3	4.7	7.0	9.3	11.6
Gestion de la malnutrition sévère	9.3	18.5	27.8	37.0	46.3

Source : Estimation faite avec OneHealth

En outre dans le cadre de l'atteinte de l'OMD 4, il faudra assurer le développement et la mise à échelle d'actions préventives et curatives de santé infantile, plus précisément de nutrition, d'hygiène, eau assainissement, de vaccination et de PCIME garantissant ainsi la continuité des soins avec les étapes précédentes et jusqu'à l'âge de 5 ans ; ceci se fera en coordination avec les actions de lutte contre la maladie et dans le cadre d'un renforcement général du système de santé.

Il s'agira aussi d'assurer le passage à l'échelle nationale des interventions à haut impact relatives à la santé de l'enfant de 0 à 5 ans, celles portant sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, celles ayant trait aux conditions adéquates d'hygiène d'eau et

d'assainissement ainsi que celles devant permettre de prévenir la transmission VIH/Sida de la mère à l'enfant et d'assurer encore la prise en charge et le suivi de l'enfant atteint du Sida.

IX. BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT

Le budget du PIS est estimé sur la période 2011 – 2015 à **1 049** milliards CFA soit 210 milliards en moyenne par an.

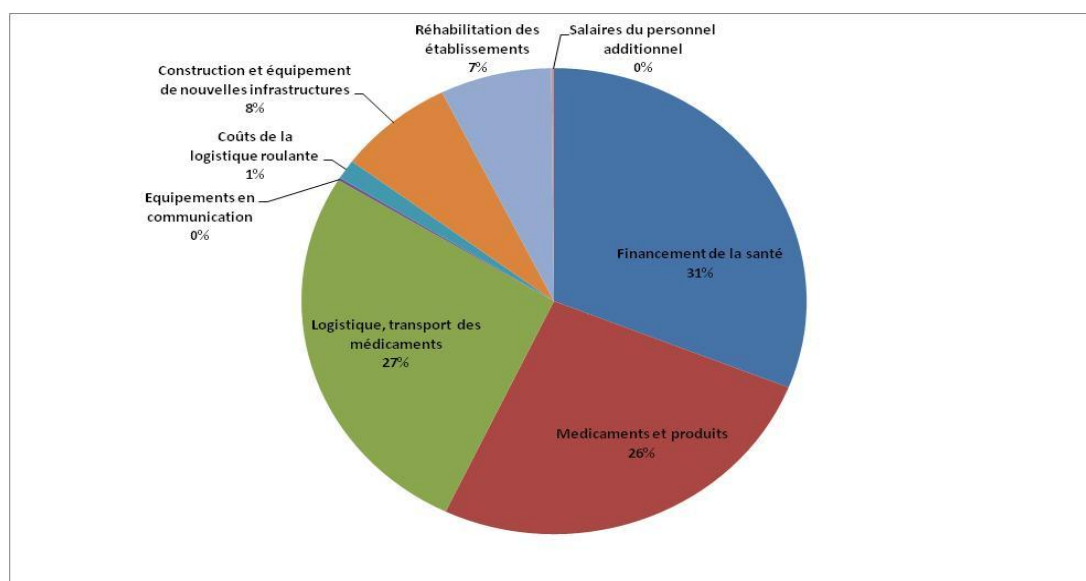
Tableau 19 : Structure du budget du PIS par composante

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Financement de la santé	60 070 337 000	62 988 003 000	66 092 970 000	67 280 667 500	69 491 848 000	325 923 825 500
Médicaments et produits	30 705 860 000	43 399 935 000	56 247 265 000	67 006 177 000	75 932 992 500	273 292 229 500
Logistique, transport des médicaments	32 560 159 000	44 482 959 000	57 484 264 000	68 155 201 000	76 864 016 500	279 546 599 500
Coûts des équipements en communication	34 880 000	518 480 000	522 980 000	523 880 000	527 780 000	2 128 000 000
Coûts de la logistique roulante	6 429 800 000	1 933 417 000	1 938 517 000	1 939 537 000	1 943 957 000	14 185 228 000
Construction et équipement de nouvelles infrastructures	408 841 500	408 841 500	47 015 378 000	19 382 907 500	10 907 690 000	78 123 658 500
Coût de la réhabilitation des établissements	1 140 000 000	3 230 000 000	17 433 618 000	20 448 666 000	32 727 476 000	74 979 760 000
Salaires du personnel additionnel	301 542 500	340 076 500	305 118 000	357 386 500	439 248 000	1 743 371 500
Total Budget PIS	131 651 420 000	157 301 712 000	247 040 110 000	245 094 422 500	268 835 008 000	1 049 922 672 500

Source : Estimation faite avec OneHealth

La répartition du budget selon l'approche systémique montre effectivement que les médicaments, produits et approvisionnement représentent plus de 53% du budget global, ensuite le financement de la santé représente à elle seule 31% du budget global et les infrastructures et leurs équipements représentent 14%.

Graphique 2 : Répartition du budget du PIS par composante



La répartition de ce budget selon la catégorie de dépenses, et sur la base de la revue des dépenses publiques de santé est de :

- 37,9 % pour les dépenses de fonctionnement (soit **397** milliards CFA) ;
- 37,3 % pour les dépenses de personnels (soit **391** milliards CFA) ;
- 22,1 % pour les dépenses d'investissements (soit **232** milliards CFA) ;
- 2,7% pour la maintenance (soit **28** milliards CFA).

Le tableau 20 ci-dessous donne une estimation des contributions au financement du PIS selon les sources. L'Etat occupe la place de premier bailleur en supportant 64% des dépenses, suivi des populations (18%) qui dépassent de très loin les Collectivités locales. Les PTF contribuent pour environ 13% du financement.

Tableau 20 : Structure du budget du PIS selon les sources de financement (CFA)

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Etat	84 256 908 800	100 673 095 680	158 105 670 400	156 860 430 400	172 054 405 120	671 950 510 400
Pop	23 697 255 600	28 314 308 160	44 467 219 800	44 116 996 050	48 390 301 440	188 986 081 050
PTF	17 114 684 600	20 449 222 560	32 115 214 300	31 862 274 925	34 948 551 040	136 489 947 425
CL	6 582 571 000	7 865 085 600	12 352 005 500	12 254 721 125	13 441 750 400	52 496 133 625
Total Budget PIS	131 651 420 000	157 301 712 000	247 040 110 000	245 094 422 500	268 835 008 000	1 049 922 672 500

Source : Estimation faite avec OneHealth

Sans aucun doute, le niveau de réalisation financière globale du PIS peut être amélioré si des efforts sont faits en direction de l'Etat pour augmenter ses ressources et aussi de l'appui extérieur.

Les efforts faits en matière d'évaluation des coûts des projets dans le domaine des infrastructures, des équipements et du personnel devraient faciliter le dialogue avec les PTF (voir annexes). Le CDSMT qui est révisé chaque année assure en effet une lisibilité des budgets sur un horizon de trois ans, programme par programme et fournit des détails sur la répartition du budget par nature de dépenses.

CONCLUSION

Le PIS et le Compact qui le sous tend constituent une opportunité pour améliorer la mise en œuvre du PNDS à travers le CDSMT. L'exécution du plan de suivi et évaluation du PNDS et le respect des engagements de l'Etat et des PTF matérialisés dans le Compact contribueront sûrement à une meilleure allocation des ressources de la santé, à la qualité et à la synergie des interventions et à l'accroissement des performances pour la réalisation des OMD à terme.

Annexe 1 : Besoins en équipements biomédicaux, logistique et ambulances de 2012 à 2015

DESIGNATION	STRUCTURES SANITAIRES
Equipement médicaux	Hôpitaux
	Centre de santé (complément)
	Unités de soins chirurgicaux
	CNTS
Chaine de froid	Centre de santé
	Poste de santé
Logistique	Région médicale
	District
	Centre de santé
	Poste de santé
	SNH
Ambulances médicalisées	Hôpitaux
	Centre de santé
	Poste de santé
Groupe électrogène	Centre de santé
	SNH

Annexe 2 : Besoins en génie civil de 2012 en 2015

Régions	Départements	Quantité
Nouveaux centres de santé suivant l'arrêté 01259 MSP/SG/BL du 12/02/2010		
Sédhiou	Boukiling	1
Louga	Sakal, Koki , Keur	3
	Momar Sarr	
Kaffrine	Birkelane	1
Kolda	Médina Yorofoulah	1
Hôpitaux régionaux		
Sédhiou	Sédhiou	1
Kaffrine	Kaffrine	1
Kédougou	Kédougou	1
Centres de santé logés dans des locaux de postes de santé		
Fatick	Foundiougne/Passy	1
Kaolack	Kaolack/ Ndoffanne	1
Kaffrine	Malem Hoddar /Malem Hoddar	1
Ziguinchor	Ziguinchor/ Diouloulou	1
Thiès	Thiès /Pout	1

Annexe 3 : Besoins en construction de nouveaux postes de sante dans les communautés rurales (infrastructures et équipements).

REGION	DEPARTEMENT	DISTRICT SANITAIRE	CR SANS PS	NOMBRE DE CR SANS PS
SEDHIOU	GOUDOMP	GOUDOMP	YARANG BALANTE	4
			BAGHERE	
			KAOUR	
			DIOUBOUDOU	
	SEDHIOU	SEDHIOU	KOUSSY	2
			AME KANTA PEULH	
TAMBACOUNDA	BAKEL	KIDIRA	MEDINA FOULBE	1
	GOUDIRY	GOUDIRY	BOYNGUEL BAMBA	3
			SINTHIOU BOCAR ALI	
			KAOR	
	KOUPELTOUM	KOUPELTOUM	BOUTOUCOUFARA	2
			KOMOTI	
			PASS KOTO	2
			NDAME	
KEDOUGOU	SALEMATA	SALEMATA	KEVOYE	2
			ETHIOLO	
KAFFRINE	KAFFRINE	KAFFRINE	DIAMAGADIO	1
	BIRKILANE	BIRKILANE	KEUR MBOUCKY	1
	KOUNGUEUL	KOUNGUEUL	FASS THIEKENE	1
KOLDA	KOLDA	KOLDA	MEDINA CHERIF	2
			DIALLAMBERE	
	MEDINA YOYO FOULA	MEDINA YOYO FOULA	KOULINTO	6
			BIGNARABE	
			NIAMING	
			DINGUIRAYE	
			BOUROUCO	
			KEREWANE	
	VELINGARA	VELINGARA	KANDIAYE	1
KAOLACK	GUINGUINEO	GUINGUINEO	KHELCOM BIRANE	2
			NGUELOU	
	NIOURO	NIOURO	KEUR MADONGO	1
TOTAL				32

Annexe 4 : Liste CPRS à rénover

Région	Département	CPRS
DAKAR	Dakar	Dakar/Plateau
		Liberté 3A
		Liberté 3B
		Fass Delorme
		Gibraltar
	Pikine	Pikine
		Thiaroye
		Diamaguene
	Rufisque	Bambilor
		Yenne
THIES	Mbour	Mbour
		Joal
LOUGA	Louga	Louga
	Linguère	Linguère
Fatick	Fatick	Dioffior
Tambacounda	Tambacounda	Tambacouda
Saint-Louis	Saint-Louis	Leona Eaux-Clares
	Dagana	Dagana
	Podor	Podor
Ziguinchor	Bignona	Bignona

Annexe 5 : Liste CPRS à construire

Région	Département	CPRS
DAKAR	Dakar	Yoff
	Rufisque	Médina
		Rufisque
THIES	Thiès	El Hadj Omar
		Khombole
		Takhikao
SAINT-LOUIS	Saint-Louis	Ndiolofène
		Ndar Toute
LOUGA	Louga	Louga
FATICK	Fatick	Fatick
	Gossas	Gossas
	Foundiougne	Foundiougne
		Sokone
KAOLACK	Kaolack	Kaolack
	Nioro	Nioro
	Guiguinéo	Guiguinéo
DIOURBEL	Diourbel	Diourbel
	Bambey	Bambey
	Mbacké	Touba
		Mbacké
KAFFRINE	Kaffrine	Kaffrine
	Koungheul	Koungheul
KOLDA	Kolda	Kolda
ZIGUINCHOR	Ziguinchor	Ziguinchor
		Marsassoum
	Oussouye	Oussouye

Annexe 6: Prévisions de financement des partenaires techniques et financiers au cours de la période 2012-2014 (en millions de FCFA)

Nom du projet	Bailleurs	2011	2012	2013	2014
Santé II BAD	BAD	1 799	1 795		
Programme de renforcement de la Nutrition	BM	2 952	2 280	3 070	
	Unicef	32	35	40	45
	GAIN	210	90	154	130
	Fonds Espagnol	535	300	212	
	MI	150	55		
	PAM	500	400	400	400
Plan stratégique SIDA	ONUSIDA				
	USAID	2 425	2 042	2 085	2 097
	KFW	789	195		
	JICA	-	-	-	-
	Fonds Mondial	2 100			
	Fonds mondial	4 310	3 231	5 421	6 522
	UNFPA	135	335	335	300
Programme santé maternelle y compris la Santé de la reproduction des ADO/JEUNES	UNFPA	1430	1005	1005	911
	JICA	250	-	-	-
	USAID	2 112	2 496	3 239	3 700
	OMS	64	52	50	55
Programme Paludisme/initiative Bush	Fonds Mondial	3 069	2 398		
	USAID	1 823	2 441	2 103	3 050
	OMS	80	90	100	
Projet Dallal Jamm	BID	997	1 138	1 316	-
	OPEP	1 100	1 186	1 117	-
	FSD	2 800	1 479	1 649	1 440
	BADEA	900	585	372	514
Appui mise en œuvre PNDS	OMS	70	80	80	80
	USAID	200	150	200	250
Appui PEV	Fonds Gavi	2 586	1 760	1 376	1 200
	UNICEF	230	360	450	550
Appui au PEV	OMS	250	230	255	360

Nom du projet	Bailleurs	2011	2012	2013	2014
Complément programme Luxembourgeois	Lux Dev	1 510	673		
Appui à la micro assurance santé	CTB	698	320	212	
Hôpital pour enfant Diamniadio	Chine	2 000	3 000	3 890	
Projet santé Tamba/Japon	Japon	1 654	800		
Renforcement du management dans les régions de Tamba et Kédougou	Japon	375	435	490	
Renforcement capacité technique en entretien et équipement biomédicaux	Japon	35	35	35	
Renforcement capacité pédagogique du personnel enseignant en Afrique de l'Ouest	Japon	50			
PAGOSAN	Belgique	305	542	988	660
PAODES	Belgique		1 053	1 653	2 451

Annexe 7 : Besoins en équipements biomédicaux, logistique et par structures

Désignation	Structures concernées
Equipement d'imagerie médicale	Les hôpitaux du Sénégal
Equipement de laboratoire	
équipement de bloc opératoire	
Equipement exploration fonctionnelle	
Equipement dentaire	
Equipement bloc chirurgie pédiatrique Hôpital d'enfant Albert Royer (HEAR)	Hôpital d'enfant Albert Royer
Equipement Centre de Diagnostic et d'Imagerie Médicale (CDIM) et SAU CHNU Fann	CHNU Fann Les hôpitaux du Sénégal
Equipements des services généraux	Centre Hôpital National Psychiatrie de Thiaroye (CHNT)
Equipements pour le Centre Hôpital National Psychiatrie de Thiaroye (CHNT)	
Mammographe	Les hôpitaux du Sénégal
Lithotriptideur	
Angiographie	
Générateurs d'oxygène	