République du Sénégal

Un peuple-un But-une Foi

Ministère de la Santé et de l'Action sociale

PROGRAMME D'INVESTISSEMENTS SECTORIELS 2017-2021

Sénégal émergent

Ligguey ngir ëlëk

Table des matières

INTRODUCTION 2

I. CONTEXTE 2

II. BILAN DU PIS 2011 – 2015 3

2.1. INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MAINTENANCE 3

2.2. RESSOURCES HUMAINES 5

2.3. MEDICAMENTS ET PRODUITS MEDICOCHIRURCHICAUX 5

2.4. FINANCEMENT DE LA DEMANDE 6

2.5. CONTRAINTES 7

2.6. DEFIS EN MATIERE D'INVESTISSEMENTS 7

III. OBJECTIFS DU PIS 2017-2021 8

IV. INVESTISSEMENTS PRIORITAIRES DU QUINQUENNAT 2017-2021 8

4.1. CONSTRUCTION ET EQUIPEMENTS 8

4.2. LOGISTIQUE ROULANTE 10

4.3. RESSOURCES HUMAINES 11

V. BUDGET 13

5.1. COUTS DE CONSTRUCTIONS ET EQUIPEMENT DES NOUVEAUX 13

ETABLISSEMENTS 13

5.2. COUTS LIES AU PERSONNEL ADDITIONNEL 14

5.4. COUTS LIES AU FINANCEMENT DE LA DEMANDE 16

5.5. SYNTHESE DU BUDGET 17

5.6. REPARTITION DU BUDGET PAR SOURCE DE FINANCEMENT ET GAP 18

VI. DISPOSITIF DE PILOTAGE, DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI 19

ET D'EVALUATION 19

6.1. CADRE INSTITUTIONNEL 19

6.2. DISPOSITIF DE SUIVI ET D'EVALUATION 20

INTRODUCTION

Depuis 2006, l'espace UEMOA a entrepris des réformes profondes des finances publiques visant entre autres la rationalisation des dépenses publiques et une meilleure allocation des ressources dans ses Etats membres. Ces réformes visent à asseoir, de façon durable, une gestion efficace et coordonnée basée sur la transparence et la redevabilité.

L'initiative du MSAS d'élaborer périodiquement un Programme d'Investissements Sectoriels (PIS) s'inscrit dans cette dynamique globale d'amélioration de l'information budgétaire et comptable conformément à la loi organique n° 2011-15 du 8 juillet 2011 modifiée par la loi n° 2016 – 34 du 23 décembre 2016 relative aux lois de finances qui transpose dans le droit sénégalais la directive n°06/2009/CM/UEMOA.

Le premier Programme d'investissements sectoriels couvrait la période 2011-2015. La planification opérationnelle des interventions en matière de santé opérée à travers ce document entre dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2009-2018. Le PIS regroupe sur un horizon de cinq ans tous les investissements prioritaires du PNDS à inscrire dans le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD). Le financement est assuré par différentes sources que sont l'Etat à travers le PTIP, les collectivités locales, l'aide extérieure, les communautés et le secteur privé.

Le PIS 2017-2021 fait suite à celui de 2011-2015 dont le bilan a été fait à travers l'évaluation à mi-parcours du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) intervenue en 2015. Les contraintes identifiées dans la mise en œuvre du premier PIS ont donc été prises en compte pour améliorer le dispositif de suivi et évaluation du présent PIS.

Les priorités du PIS 2017-2021 ont été définies en tenant compte des gaps identifiés par la carte sanitaire et sociale et des critères d'équité avec un focus sur les interventions à haut impact.

Le présent PIS est structuré ainsi qu'il suit : (i) une première partie qui traite du contexte et fait l'articulation avec les autres documents cadres de planification, (ii) le bilan du premier PIS et les nouveaux défis, (iii) les objectifs du PIS, les investissements prioritaires et le budget et (iv) le dispositif de suivi et évaluation.

I. CONTEXTE

Après l'adoption du plan Sénégal émergent (PSE) en 2014 comme nouvel instrument de la politique de développement économique et social, le Sénégal s'est engagé à mettre en œuvre l'agenda 2030 pour le développement durable. Cet agenda prend en compte les ODD ainsi que l'engagement de l'Etat à remplir les obligations nationales dans le cadre de l'accord de Paris sur le climat (2015) et à prendre en compte l'agenda 2063 de l'UA « l'Afrique que nous voulons ». Ces éléments constituent des étapes majeures vers le développement du pays.

Les ODD en matière de santé et les aspirations et objectifs de l'Agenda 2063 de l'Union Africaine d'éradication de la pauvreté et de promotion de la santé et du bienêtre viennent renforcer les engagements pris par les Chefs d'Etat Africains depuis 2001 à Abuja d'allouer au moins 15% de leur budget national à l'amélioration du secteur de la santé.

L'objectif 3 des ODD inclut la protection contre les risques financiers et l'accès à des services de santé de qualité, aux médicaments essentiels et vaccins abordables et de qualité pour tous. Il permet également l'augmentation substantielle du financement de la santé et de la formation, le recrutement, le développement et la rétention du personnel de santé dans les zones difficiles.

Les directives de l'UEMOA relatives au cadre harmonisé de gestion des finances publiques, adoptées le 26 juin 2009, consacrent le principe de la GAR et l'utilisation d'instruments de programmation pluriannuelle pour la gestion efficace des ressources publiques. C'est dans ce cadre que le budget-programme a été institué dans le système d'allocation des ressources en vue de faire du budget de l'Etat un véritable outil de mise en œuvre de la politique de développement.

Le PIS, outil complémentaire de mise en œuvre du PNDS, opérationnalise la partie investissement du DPPD. Il comprend les prévisions en matière d'investissements et présente l'avantage d'assurer une lisibilité des interventions sur une période quinquennale. En effet, tous les investissements prévus dans les projets et programmes du secteur soutenus par les partenaires au développement doivent être inscrits dans le DPPD et pris en compte par le PIS. Il y va de même pour toutes les autres initiatives orientées vers la densification de l'offre de services (Plateforme RSS, PUDCS, dossier d'investissement SRMNIA, PNDRH, PUADS).

Les modalités de financement du PIS sont définies à travers la Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) dont une des orientations concerne l'offre des services.

II. BILAN DU PIS 2011 – 2015

Les dépenses d'investissements ont nettement augmenté au cours de la période couverte par le premier PIS. En effet, ces dépenses sont passées de 38 945 000 000 FCFA en 2011 à 69 047 000 000 FCFA en 2016 soit une augmentation de 30 102 000 000 FCFA en valeur absolue et de 77% en valeur relative. Le bilan des réalisations en termes de génie civil, équipements, ressources humaines, médicaments et financement de la demande sont résumées ci-après.

2.1. INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MAINTENANCE

Le bilan dans le domaine du génie civil concerne les constructions (avec équipements) de postes de santé, de centres de santé et d'hôpitaux compte non tenu des réalisations au cours de la période 2015 et 2017. Il est entendu que l'ensemble des prévisions non encore réalisées du premier PIS qui demeurent pertinentes seront inscrites comme priorités du PIS 2017-2021.

En 2011, le secteur public de la santé comprenait : vingt-deux (22) hôpitaux, dont vingt (20) fonctionnels, soixante-quatorze (74) centres de santé, mille deux cent quarante-cinq (1245) postes de santé, et 6 établissements publics de santé non hospitaliers. Parallèlement on dénombrait dans le secteur privé : 555 cabinets médicaux, 37 cliniques, 570 cabinets paramédicaux, 23 structures d'entreprise et 72 postes de santé privés à but non lucratif. [1]

En tenant compte de la situation de 2011 ainsi décrite, il a été prévu dans le PIS 2011-2015 un certain nombre de réalisations pour améliorer de façon notable la couverture passive en infrastructures de santé au niveau national : construction de 32 nouveaux postes de santé, 13 centres de santé et 3 EPS et réhabilitation de 150 postes de santé, 77 centres de santé et 22 EPS.

A terme, les réalisations dans la période ont surtout concerné des travaux d'achèvement de structures qui avaient déjà démarré depuis des années.

Au niveau des hôpitaux, on a enregistré l'achèvement des travaux de construction des hôpitaux de Diamniadio, Ziguinchor, Matam, Fatick, Dallal Diam etc. il faut noter que la construction des trois hôpitaux de Kédougou, Kaffrine et Sédhiou n'a toujours pas démarré.

Au niveau des centres de santé, l'essentiel des réalisations a concerné des travaux d'achèvement : Makacoulibantang, Saraya, Goudomp, Dianké Makha, Samine, Médina Gounass, Niakhar.

Malgré toutes ces réalisations, le secteur de la santé et de l'action sociale continue à être confronté à un problème de couverture en infrastructures. Les indicateurs de couverture montrent une répartition inégale des infrastructures sur le territoire national.

Le bilan mitigé dans le domaine du génie civil s'explique en partie par la récurrence des retards dans la construction et l'équipement de nouvelles structures. Par ailleurs, les normes architecturales en matière de construction ne sont pas toujours respectées. Il arrive aussi que des équipements commandés pour ces ouvrages soient stockés trop longtemps dans des conditions qui entraînent leur détérioration du fait du retard accusé dans la livraison des infrastructures.

Le plan d'équipements élaboré dans le cadre du PIS pour le relèvement du plateau technique a été basé sur les besoins exprimés en 2009. Il a été noté au cours de la période l'acquisition d'équipements lourds au profit de certaines structures :

Générateurs d'oxygène : douze hôpitaux (Saint Louis, Pikine, Hoggy, Fann, Thiès, Kolda, Touba, Kaolack, Albert Royer, Diourbel, Ziguinchor et Louga) sont équipés et fonctionnels.

[1] Source : PIS 2011-2015

Scanners : treize (13) scanners ont été installés : Trois (03) avec le Fonds indien

(Touba, Kolda et Ourossogui), Six (06) avec le BCI (Saint-Louis, CHN Grand Yoff, Kaolack, Tambacounda, Pikine, Ziguinchor) et quatre (04) avec le Fonds autrichien de promotion des exportations, (Louga, Diourbel, Thiès, CHUN Aristide Le Dantec). A l'exception des régions de Sédhiou, Kaffrine et Kédougou la quasi-totalité des régions sont dotées de scanner.

Appareils d'angiographie : Un angiographe pour le CHN de Dantec, une Pompe de Circulation extra Corporelle (CEC) et une baie cathérisée pour Appareil d'Angiographie ont été acquis.

Ambulances médicalisées : cent soixante-trois (163) ambulances médicalisées ont été acquises pour les structures sanitaires.

En plus de ces équipements lourds, d'autres équipements ont été acquis :

- Quatorze (14) appareils de mammographie
- trente-cinq (35) tables radiologies numériques pour les centres de santé et hôpitaux
- trente-trois (33) appareils d'échographie
- Equipements de laboratoire, stérilisation de bloc opératoire, de la chaine de froid, de groupes électrogènes, chaises dentaires, morgues etc.
- six (06) incinérateurs

2.2. RESSOURCES HUMAINES

La résorption progressive des gaps en ressources humaines se poursuit grâce aux efforts de l'Etat et des Partenaires Techniques et Financiers même si la situation reste toujours déficitaire. Il convient de noter le recrutement de 1000 agents intervenu au deuxième trimestre 2015 qui a effectivement permis de renforcer les structures implantées en zones périphériques.

La persistance du déficit en ressources humaines s'explique en partie par le fait que les recrutements effectués sont en deçà des besoins exprimés majorés par le nombre important de départs temporaires ou définitifs enregistrés chaque année.

2.3. MEDICAMENTS ET PRODUITS MEDICOCHIRURCHICAUX

Le PIS 2011-2015 avait prévu le renforcement des capacités de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) afin de rendre disponibles les médicaments et produits essentiels à tous les niveaux.

Le pourcentage de produits traceurs disponibles a augmenté entre 2011 et 2015, passant de 66% à 77%. De même, la durée moyenne de rupture a diminué de 14 jours entre 2011 et 2015 passant de 43 à 31 jours. Les médicaments et produits des Programmes (Santé de la mère, du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent, Sida,

PNT, PNLP, Diabète (Insuline et médicaments oraux), Produits contraceptifs, Césarienne, Dialyse) ont connu, de manière générale, de bons niveaux de disponibilité. Ces résultats satisfaisants enregistrés ont contribué à l'atteinte des objectifs des Programmes de santé.

En 2015, la PNA a débuté l'approvisionnement des médicaments anticancéreux dans les structures sanitaires publiques (Hôpital Aristide Le Dantec, Hôpital Fann, Hôpital général de Grand Yoff, Hôpital Principal). La gamme des médicaments anticancéreux a été élargie et la PNA a poursuivi la décentralisation de ces produits vers d'autres structures sanitaires. L'introduction des anticancéreux dans le circuit public par la PNA contribue énormément à une meilleure accessibilité surtout financière de ces produits aux malades atteints du Cancer.

En outre, l'initiative de distribution "jegesi naa" (je me suis rapproché) a permis de mettre en place un certain nombre de mois de stocks de sécurité au niveau des districts.

Cependant, on note parfois des ruptures de certains produits qui résultent le plus souvent des défaillances ou des retards à la livraison de certains fournisseurs.

2.4. FINANCEMENT DE LA DEMANDE

La protection des groupes vulnérables a constitué une priorité pour le PIS 2011-2015 en ce sens qu'il a été prévu un renforcement des initiatives de gratuité et des politiques de subventions et la mise en place d'un système de couverture maladie universelle.

L'Etat du Sénégal a, en effet, mis en place le programme de Couverture Maladie Universelle (CMU) pour permettre d'une part la couverture médicale des populations en particulier le monde rural et le secteur informel à travers les mutuelles de santé communautaires, d'autre part la prise en charge de certaines cibles par les politiques de gratuités (césarienne, dialyse, plan sésame, enfants de 0-5 ans).

Les efforts de l'Etat et des partenaires au développement du secteur de la santé ont permis une augmentation considérable du nombre de personnes couvertes par un système formel de couverture maladie. Des initiatives comme l'enrôlement dans les mutuelles de santé des bénéficiaires des bourses de sécurité familiales et des titulaires de la carte d'égalité de chance ont contribué à améliorer la couverture du risque maladie. Les données ne sont toutefois pas disponibles pour établir de façon précise le niveau de progression enregistré au cours de la période sous revue (20112015).

Il est également à noter les efforts remarquables faits dans la gestion des politiques de gratuité existantes notamment la prise en charge de la césarienne, des personnes âgées de 60 ans au moins (Plan SESAME) et des enfants de 0-5 ans.

Le nombre de femmes enceintes prises en charge par le système de la gratuité des césariennes est passé de 4361 en 2011 à 17 961 en 2015. Par ailleurs, deux millions

seize mille sept cent soixante-cinq (2 016 765) cas d'enfants de moins de 5 ans ont pu être pris en charge gratuitement en 2015 de même que 94 161 personnes âgées bénéficiant du Plan SESAME. En plus, il existe d'autres subventions consacrées à la prise en charge de la tuberculose, du paludisme, du SIDA, du diabète dans le secteur.

Au-delà de tous ces mécanismes de subvention, le diagnostic du sous-secteur de l'action sociale a révélé la nécessité de mettre en place une politique permettant l'autonomisation des personnes exclues ou marginalisées et des groupes sociaux vulnérables. Le Ministère de la santé et de l'Action sociale a mis en œuvre cinq (5) projets de prise en charge des groupes vulnérables avec des taux de réalisation élevés, allant de plus de 70% à 100 %, en plus du programme de la carte d'égalité des chances.

2.5. CONTRAINTES

En dépit des importants progrès affichés depuis des années, plusieurs problèmes persistent notamment :

- Le faible niveau d'exécution des infrastructures
- de nombreux chantiers engagés et inachevés
- Les surcoûts liés aux retards d'exécution des chantiers
- La lenteur dans les processus interne de passation des marchés
- L'insuffisance des compétences dans le domaine des travaux publics
- L'instabilité institutionnelle des structures chargées de gérer les projets
- Insuffisance de budget pour certains travaux ;
- La faible capacité contributive de certaines familles et l'insuffisance des ressources financières allouées au système de couverture du risque maladie ;
- Des défaillances ou des retards de livraisons de certains fournisseurs.

2.6. DEFIS EN MATIERE D'INVESTISSEMENTS

Du bilan des réalisations du PIS 2011-2015, un certain nombre de défis majeurs ont été notés dont :

- Le respect des priorités définies dans la carte sanitaire ;
- La finalisation des chantiers en cours en rendant fonctionnelles les nouvelles réalisations ;
- L'adéquation entre les recrutements et les nouvelles constructions ;
- La prise en compte des onze (11) projets d'établissement dans le PTIP ;
- La priorité à accorder à la résorption des gaps en matière de postes de santé (construction, équipements, personnel) ;

- La disponibilité et l'accessibilité des médicaments et produits essentiels de qualité ;
- Le respect des échéances de réalisation des infrastructures ;
- La pérennisation du financement du programme de CMU ;

III. OBJECTIFS DU PIS 2017-2021

L'objectif poursuivi par le présent PIS est d'améliorer l'offre et la demande de services et soins de santé.

De manière spécifique, il s'agit de :

- Réduire les gaps en infrastructures de santé et de l'action sociale ;
- Assurer la disponibilité en personnels de qualité dans les structures de santé et d'action sociale ;
- Renforcer les équipements ;
- Assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et produits essentiels
- Assurer le financement de la demande.

IV. INVESTISSEMENTS PRIORITAIRES DU QUINQUENNAT 2017-2021

4.1. CONSTRUCTION ET EQUIPEMENTS

Il s'agit d'abord de terminer les projets de construction et d'extension actuellement en cours. La programmation de nouvelles infrastructures ne sera envisagée qu'après l'achèvement et la mise en fonction des infrastructures en cours.

C'est ainsi que les centres de santé de Kasnack, Kidira, Goudiry, Mékhé, Dagana, Samine, Goudomp, Niakhar et le centre traumato de Diamniadio seront rendus fonctionnels en 2017.

Il en sera de même pour l'achèvement la construction des dix-sept (17) postes de santé dont la réalisation a été déléguée aux collectivités locales à travers la décentralisation du Budget Consolidé d'Investissement (BCI).

Le programme de réalisation des nouvelles infrastructures au cours de la période 2017-2021 décliné ci-après a tenu compte des critères suivants :

- les besoins identifiés dans la carte sanitaire 2017-2021
- les ressources mobilisables

Sur la base de ces critères, il est prévu la réalisation d'un certain nombre de nouvelles infrastructures sanitaires de différentes catégories entre 2017 et 2021 en accordant la priorité aux projets inscrits dans ce tableau ci-après.

Tableau N°1: Types d'établissements à construire et à équiper par année

TYPES D'INFRASTRUCTURES	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
EPS-3	1	0	0	0	0	1
EPS-2	3	0	0	0	0	3
EPS-1	1	1	0	0	0	2
CENTRE DE SANTE NIVEAU 2	3	4	4	0	0	11
CENTRE DE SANTE NIVEAU 1	3	3	5	0	0	11
POSTE DE SANTE	10	86	90	81	0	267
BRH	0	0	0	0	0	0
BDH	0	3	3	2	0	8
POSTE D'HYGIENE	0	4	0	3	0	7
CNRS	0	1	0	0	0	1
CPRS	0	2	2	5	0	9
PRA	0	1	1	1	0	3

Source : estimation faite avec l'outil OneHealth à partir de la carte sanitaire 2017-2021

Dans la mise en œuvre du programme, l'accent sera mis sur la construction de 267 postes de santé qui vont faire évoluer la couverture d'1 poste de santé pour 10478 habitants en 2017 à 1 poste de santé pour 9900 habitants. Avec ce ratio, le Sénégal atteindra la norme[2] en termes de couverture passive de poste de santé.

En plus de la densification en postes santé, la couverture en infrastructures de base sera renforcée par la construction de 22 centres de santé supplémentaires (11 de niveau 1 et 11 de niveau 2. Les centres de santé existants seront dotés en équipements nécessaires et de ressources humaines en nombre suffisants avec les spécialités requises. En outre, Chaque centre de santé sera doté d'un service de maintenance fonctionnel. C'est dire que les efforts nécessaires seront faits pour l'amélioration du plateau technique afin de rendre disponible les paquets de services minimum exigés.

Au niveau des services de santé de référence, la couverture sera renforcée par la construction de 3 nouveaux hôpitaux de niveau 2 (Kaffrine, Sédhiou et Kédougou) et d'1 hôpital de niveau 3 à Touba. A cela s'ajoute le financement de 11 projets d'établissements au cours de la période.

Le PIS accorde une grande importance à la disponibilité et à la qualité du médicament et autres produits de santé. En conséquence, les capacités de la PNA seront renforcées pour assurer un approvisionnement adéquat des structures sanitaires en médicaments. C'est ainsi qu'il est prévu la construction de trois (3) Pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) dans les régions qui n'en disposent pas (Kaffrine, Sédhiou, Kédougou) afin d'atteindre l'objectif de disposer d'une PRA dans chacune des 14 régions.

[2] Norme : 1 poste de santé pour 10000 habitants selon la carte sanitaire 2017-2021.

L'offre de services d'action sociale sera renforcée avec la construction d'un (1) Centre National de Réinsertion Sociale (CNRS) et de neuf (9) Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS).

Les besoins en matière d'extension/réhabilitation concernent toutes les régions et les structures sont ciblées en fonction de leur niveau de dégradation.

Les besoins en équipements médicaux sont estimés sur la base de la carte sanitaire. L'acquisition des équipements devra prendre en compte toutes les nouvelles constructions, les réhabilitations, les besoins de relèvement des plateaux techniques et la création des services de maintenance des centres de santé (voir en annexe). Il s'agira d'équipements biomédicaux standards et d'équipement logistique roulant

L'option de rendre fonctionnels les unités techniques de maintenance au niveau des centres de santé motive le recrutement exceptionnel de techniciens de maintenance pour couvrir tous les besoins dans ce domaine.

4.2. LOGISTIQUE ROULANTE

La carte sanitaire établit qu'il faut au minimum :

- deux (2) ambulances médicalisées par EPS 3,
- une ambulance médicalisée par EPS 2,
- une ambulance médicalisée et une ambulance simple par EPS 1
- une ambulance simple par centre de santé de niveau 1
- une ambulance médicalisée et une ambulance simple par centre de santé de niveau 2

La nouvelle carte sanitaire n'a pas également fixé de norme en ce qui concerne les véhicules de supervision. A été considéré à ce niveau la carte sanitaire 2010-2013 qui avait établi qu'il faut au minimum trois (3) véhicules par ECR et ECD. Aucune norme n'a été fixée pour les motos mais l'on est parti du postulat que chaque Chef de poste devrait en disposer.

Ainsi, les besoins en logistique roulante sur les 5 années du PIS sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau 2 : Nombre de véhicules à acquérir par types et par année

Types de véhicules	2 017	2018	2 019	2020	2 021	TOTAL
Véhicules de supervision	30	79	6	5	7	**127**
Camion d'intervention	3	8	1	1	1	**14**
Ambulance station wagon 4x4	37	30	24	20	14	**125**
Ambulance type fourgon	20	36	24	10	4	**94**
Moto	56	173	170	200	210	**809**
Bus	0	4	1	0	0	**5**
Camions de 18t	3	4	2	1	1	**11**
Camions 60m3	3	5	3	2	1	**14**

Source : estimation faite avec l'outil OneHealth à partir de la carte sanitaire 2017-2021

4.3. RESSOURCES HUMAINES

La projection des besoins en ressources humaines a tenu compte des normes de la carte sanitaire.

Tableau N° 3 : Nombre de personnel de santé additionnel par catégorie socioprofessionnelle et par année

	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Agent de l'hygiène	129	129	130	129	129	646
Assistant infirmier	675	674	675	674	675	3373
Assistant social	107	107	108	107	107	536
Chirurgien-dentiste	16	15	16	15	16	78
IDDE	640	628	633	634	634	3169
Médecin généraliste	9	10	9	10	9	47
Médecin spécialiste	35	45	50	50	20	200
Médecin urgentiste	6	6	5	6	6	29
Officier de l'hygiène	13	13	13	13	13	65
Orthophoniste	1	1	1	1	1	5
Pharmacien	7	7	7	7	7	35
S/officier de l'hygiène	22	22	23	22	22	111
Sage-Femme d'Etat	372	372	372	372	0	1488
Technicien supérieur en imagerie médicale	19	20	19	20	19	97
Technicien de laboratoire	42	42	41	42	42	209
Technicien de maintenance hospitalière	2	3	2	3	2	12
Technicien de radiothérapie	7	7	7	7	7	35
Technicien supérieur anesthésiste	33	33	34	33	33	166
Technicien supérieur en biologie	27	28	27	28	27	137
Technicien supérieur en imagerie médicale	19	20	19	20	19	97
Technicien supérieur en kinésithérapie	11	12	11	12	11	57
Technicien supérieur en néphrologie	5	6	5	6	5	27
Technicien supérieur en odontologie	36	36	36	36	36	180
Technicien supérieur en ophtalmologie	11	11	11	11	11	55
Technicien supérieur en santé communautaire	26	26	27	26	26	131
Travailleur social	7	7	7	7	7	35
TOTAL	**2277**	**2280**	**2288**	**2291**	**1884**	**11020**

Source : estimation faite avec l'outil OneHealth à partir de la carte sanitaire 2017-2021

Le nombre de personnels supplémentaire requis est de 3169 IDE, 1203 techniciens supérieurs, 3373 assistants infirmiers, 200 médecins spécialistes, 536 assistants sociaux, 646 agents d'hygiène, 1488 SFE, 36 travailleurs sociaux et 35 pharmaciens.

La satisfaction des besoins en médecins, IDE et SFE va faire évoluer les ratios de :

- 1médecin/14109 habitants en 2015 à 1 médecin/ 10185 habitants en 2021 ;
- 1 IDE /14697 habitants en 2016 à 1/4120 habitants en 2021 ; et
- 1SFE/3034 FAR en 2016 à 1SFE /1546 FAR en 2021

Ces projections confirment l'urgence pour le secteur à mettre l'accent sur ces catégories de personnel et à décentraliser leur gestion pour mieux répondre aux besoins des formations sanitaires.

V. BUDGET

L'Etat du Sénégal est conscient qu'il doit consentir plus d'efforts financiers pour l'atteinte des objectifs socio-sanitaires. Cela se traduira par une augmentation des allocations du budget d'investissement du MSAS. Les dépenses d'investissements ont augmenté entre 2011 et 2016 passant de 38, 945 milliards FCFA à 69, 047 milliards FCFA soit une augmentation de 30, 102 milliards FCFA en valeur absolue et de 77% en valeur relative.

5.1. COUTS DE CONSTRUCTIONS ET EQUIPEMENT DES NOUVEAUX ETABLISSEMENTS

Tableau N°4: coût de la construction et de l'équipement des établissements de santé par année

Types d'infrastructures	2017	2018	2019	2020	2021	Total
EPS-3	46 997 490 554	-	-	-	-	46 997 490 554
EPS-2	55 183 651 500	-	-	-	-	55 183 651 500
EPS-1	8 344 297 700	8 360 986 295	-	-	-	16 705 283 995
Centre de santé niveau 2	6 081 708 900	8 125 163 090	8 145 475 998	-	-	22 352 347 988
Centre de santé niveau 1	4 630 986 075	4 640 248 047	7 753 081 112	-	-	17 024 315 234
Poste de santé	1 209 311 250	10 420 876 904	10 932 832 775	9 863 164 416	-	32 426 185 345
BDH	-	451 576 350	452 705 291	302 527 856	-	1 206 809 497
Poste d'hygiène	-	329 148 984	-	248 072 842	-	577 221 826
CNRS	-	903 152 700	-	-	-	903 152 700
CPRS	-	1 103 853 300	1 106 612 933	2 773 172 011	-	4 983 638 244
PRA	-	423 177 008	424 019 951	424 831 198	-	1 272 028 157
Total	**122 447 445 979**	**34 758 182 678**	**28 814 728 060**	**13 611 768 323**	**0**	**199 632 125 040**

Source : estimation faite avec l'outil OneHealth

Le coût pour la construction et l'équipement des nouvelles infrastructures est estimé à 199,6 milliards de FCFA.

Plus de la moitié de ce financement sera consacrée à la construction et l'équipement de 6 EPS (de tous les niveaux), 20% du budget sera consacré à la construction et l'équipement

des 22 centres de santé et 16% à la construction et l'équipement des 267 postes de santé.

Comme précisé plus haut, la construction des postes de santé doit et peut être mis en œuvre plus rapidement. Les autres infrastructures ne doivent évidemment pas être négligées.

5.2. COUTS LIES AU PERSONNEL ADDITIONNEL

Cette projection des impacts financiers sur la masse salariale est fondée sur le salaire indiciaire et ne tient pas compte (i) des augmentations de salaires dans la fonction publique sur la période et (ii) des primes et indemnités allouées aux personnels médicaux et paramédicaux.

Le coût estimatif du personnel additionnel est de 18,674 milliards de FCFA.

Tableau 5 : Salaire du personnel additionnel par catégorie socioprofessionnelle et par année

	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Agent de l'Hygiène	94 007 264	125 756 814	157 956 920	190 052 392	222 434 074	852 622 570
Assistant infirmier	327 907 152	459 676 903	592 462 834	725 641 927	860 167 378	3 162 422 123
Assistant social	48 475 985	68 795 910	89 430 904	109 967 725	130 680 783	475 602 309
Chauffeur	77 870 535	71 622 392	65 381 554	59 103 167	52 825 869	410 938 955
Chirurgien-Dentiste	71 829 497	80 750 371	90 338 014	99 375 101	109 109 745	513 794 965
IDE	331 632 452	460 678 097	590 330 125	720 759 141	852 320 679	3 158 922 019
Médecin généraliste	229 423 379	235 083 181	240 363 451	246 166 795	251 623 231	1 427 075 279
Médecin spécialiste	445 829 342	516 210 934	586 543 123	657 781 677	729 170 006	3 312 067 604
Médecin urgentiste	8 049 696	11 788 470	14 927 926	18 704 692	22 512 967	803 117 136
Officier de l'Hygiène	5 257 875	9 834 329	14 436 268	19 059 254	23 718 536	73 006 264
Pharmacien	48 807 177	53 079 590	57 397 525	61 730 560	66 123 619	331 712 323
S/Officier de l'Hygiène	35 403 025	43 200 804	51 407 200	59 295 459	67 261 522	284 218 012
Sage-Femme d'Etat	302 110 971	376 947 264	452 307 284	527 989 075	604 393 085	2 491 433 222
Technicien supérieur en imagerie médicale	22 178 217	26 537 636	30 713 538	35 123 484	39 360 633	171 973 511
Technicien de laboratoire	55 768 527	64 941 696	73 972 044	83 255 665	92 638 839	417 231 774
Technicien de maintenance hospitalière	17 656 445	18 339 017	18 817 449	19 513 046	20 006 509	111 532 468
Technicien de radiothérapie	1 722 580	3 236 297	4 758 435	6 287 537	7 828 634	24 048 484
Technicien supérieur anesthésiste	35 958 857	43 150 629	50 612 451	57 888 705	65 238 619	281 659 262
Technicien supérieur en biologie	41 126 597	47 249 938	53 207 961	59 406 386	65 456 081	301 706 966

Technicien supérieur en imagerie Médicale	22 178 217	26 537 636	30 713 538	35 123 484	39 360 633	171 973 511
Technicien supérieur en kinésithérapie	11 842 737	14 455 460	16 870 817	19 513 046	21 963 668	94 105 730
Technicien Supérieur en Néphrologie	7 751 610	9 061 632	10 165 748	11 491 016	12 612 799	57 747 807
Technicien supérieur en odontologie	19 163 702	26 969 143	34 823 096	42 711 891	50 668 661	185 731 494
Technicien Supérieur en Ophtalmologie	18 517 735	20 928 055	23 359 593	25 800 583	28 270 068	133 001 035
Technicien Supérieur en santé communautaire	9 474 190	15 102 720	20 980 375	26 667 830	32 401 847	108 496 963
Travailleur social	4 256 375	6 021 018	7 796 591	9 580 048	11 378 828	41 532 861
Total	**2 294 200 148**	**2 835 955 947**	**3 380 074 778**	**3 927 989 700**	**4 479 527 326**	**18 674 869 235**

Source : estimation faite avec l'outil OneHealth à partir de la carte sanitaire 2017-2021

Nous remarquons que l'investissement sur le plan des ressources humaines augmente progressivement sur toute la période. Cette progression s'explique par la nécessité de nouveaux recrutements suivant les constructions et le besoin de résorption des gaps identifiés.

5.3. COUTS DE LA LOGISTIQUE ROULANTE

Tableau 6 : coûts de la logistique roulante par année

Types de véhicules	2017	2018	2019	20220	2021	Total
Véhicules de supervision	900 000 000	2 370 000 000	180 000 000	150 000 000	210 000 000	3 810 000 000
Camion d'intervention	150 000 000	400 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	700 000 000
Ambulance station wagon 4x4	1 221 000 000	990 000 000	792 000 000	660 000 000	462 000 000	4 125 000 000
Ambulance type fourgon	800 000 000	1 440 000 000	960 000 000	400 000 000	160 000 000	3 760 000 000
Moto	215 000 000	522 500 000	982 500 000	1 235 000 000	1 590 000 000	4 545 000 000
Bus	0	220 000 000	55 000 000	0	0	275 000 000
Camions de 18T	75 000 000	100 000 000	50 000 000	25 000 000	25 000 000	275 000 000
Camions 60m3	150 000 000	250 000 000	150 000 000	100 000 000	50 000 000	700 000 000
Total	**3 511 000 000**	**6 292 500 000**	**3 219 500 000**	**2 620 000 000**	**2 547 000 000**	**18 190 000 000**

Source : estimation faite avec l'outil OneHealth

Ainsi, le coût de la logistique roulante pour les nouveaux établissements est estimé à près de 18,2 milliards FCFA.

5.4. COUT LIE L'ACQUISITION DE LA CHAINE DE FROID

	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Chambre froide positive de 40m3	-	-	25 000 000	-	-	25 000 000
Groupes Electrogènes	-	286 722 500	-	-	-	286 722 500
Réfrigérateurs /DS	-	131 191 480	233 584 860	-	-	364 776 340
Réfrigérateurs solaires	-	689 659 900	1 350 583 920	-	-	2 040 243 820
Réfrigérateurs électriques	-	790 209 860	968 844 700	-	-	1 759 054 560
Congélateurs électriques	-	20 180 630	-	-	-	20 180 630
Enregistreurs Log Tag	-	36 102 240		-		36 102 240
Total	**-**	**1 954 066 610**	**2 578 013 480**	**-**	**-**	**4 532 080 090**
Total + Coûts supplémentaires	**-**	**2 070 780 698**	**2 756 724 424**	**-**	**-**	**4 827 505 122**

Source : Direction de la Prévention

Le montant total des acquisitions de la chaine du froid s'élève à 4, 8 milliards FCFA.

5.4. COUTS LIES AU FINANCEMENT DE LA DEMANDE

L'Etat du Sénégal a, depuis toujours, impulsé le développement de plusieurs régimes de mise en commun des risques au bénéfice de différents segments de la population. En effet, la protection des groupes vulnérables a toujours été une priorité dans les stratégies de développement économique et sociale. Plusieurs initiatives ont été lancées pour étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la population.

Pour les cinq (5) prochaines années, le financement de la prise en charge médicale des groupes vulnérables va coûter 116,1 milliards FCFA.

Tableau 7 : Coûts liés au financement de la demande par année

	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Subvention bénéficiaires BSF	5257875000	5268390750	5281561727	5294237475	5310120187	26412185139
Filets sociaux: césarienne	1467342718	1548154253	1630096181	1712267326	1717404128	8075264606
Filets sociaux: plan sésame	927849690	1089449018	1252315628	1415848516	1420096062	6105558914
Filets sociaux: prise en charge des 0-5 ans	3919069800	4155376672	4330974779	4570958718	4584671594	21561051563
Filets sociaux: subvention dialyse	1390482600	1393263565	1396746724	1400098916	1404299213	6984891018
Subvention: carte d'Egalite des chances	385577500	421471260	457735350	494128831	531012019	2289924960
Subvention partielle à l'assurance sante	8238606401	8587252138	8941719214	9296977483	9659667954	44724223190
TOTAL	**21586803709**	**22463357656**	**23291149603**	**24184517265**	**24627271157**	**116 153 099 390**

Source : estimation faite avec l'outil OneHealth

L'analyse de la structure de coûts de la composante « financement de la demande » révèle que la subvention destinée aux bénéficiaires de Bourses de sécurité Familiale (BSF) et des titulaires de la carte d'égalité des chances aux mutuelles de santé représente 25% de ce financement, la subvention partielle à l'assurance maladie représente 39% des besoins en financement. La prise en charge des enfants âgés de moins de cinq (5) ans représente 19% du budget et la subvention de la dialyse 6%.

Les autres filets sociaux (Césarienne et Plan sésame etc.) couvrent 12% des besoins de financement inscrits dans le PIS.

5.5. SYNTHESE DU BUDGET

La mise en œuvre du PIS améliorera qualitativement les indicateurs de santé. Elle le placera dans une trajectoire conforme aux objectifs définis par la politique de santé et d'action sociale.

Les besoins de financement du PIS sont estimés à 355,7 milliards FCFA (voir tableau 8).

Tableau 8 : Synthèse du budget par composante et par année

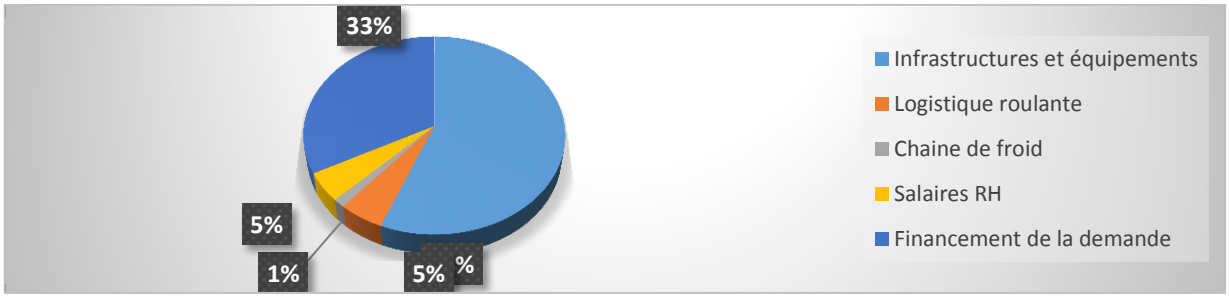
	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	Total
Infrastructures	122 447 445 979	34 758 182 678	28 814 728 060	13 611 768 323	-	199 632 125 040
Logistique roulante	3 511 000 000	6 292 500 000	3 219 500 000	2 620 000 000	2 547 000 000	18 190 000 000
Chaine de froid	-	2 070 780 698	2 756 724 424	-	-	4 827 505 122
Salaires RH	2 294 200 148	2 835 955 947	3 380 074 778	3 927 989 700	4 479 527 326	16 917 747 899
Financement de la demande	21 586 803 709	22 463 357 656	23 291 149 603	24 184 517 265	24 627 271 157	116 153 099 390
Total	149 839 449 836	68 420 776 979	61 462 176 865	44 344 275 288	31 653 798 483	355 720 477 451

Source : estimation faite avec l'outil OneHealth

La Couverture sanitaire universelle ne sera achevée que si les services de santé et la couverture contre le risque maladie sont équitablement distribués. C'est ainsi que le PIS accordera la priorité à ces deux composantes essentielles : « le financement de la demande » et « la construction de nouvelles infrastructures ».

Le graphique suivant présente la répartition des ressources pour financer les différentes composantes retenues dans le PIS.

Graphique N°1 : Répartition du budget du PIS par composante



La composante « Infrastructures et équipements » concentre la plus grande part du budget soit 56% contre 33% pour le « financement de la demande ». « L'acquisition de logistiques roulantes », le « salaire du personnel » et la « chaine de froid » couvrent les 11% restants du PIS.

5.6. REPARTITION DU BUDGET PAR SOURCE DE FINANCEMENT ET GAP

Le PIS dispose déjà, au titre de l'année 2017, d'une enveloppe de 69,04 milliards FCFA qui correspondent aux dépenses d'investissements et de personnel allouées par l'Etat. Si ce montant est défalqué des besoins de financement de l'année 2017, nous nous retrouvons avec un gap de 80,8 milliards FCFA à rechercher. Ce gap pourrait baisser si les autres sources de financement avaient été bien identifiées en 2017.

Les comptes de la santé 2013 révèlent que l'État contribue à hauteur de 23 % dans le financement de la santé, les collectivités locales pour 4,8 % et les partenaires participent pour 12%.

Si nous partons de ce postulat pour les cinq prochaines années, le PIS sera financé à hauteur de 46% soit 164,6 milliards FCFA. Il en résulte un gap de 191, 2 milliards FCFA.

Tableau N°9: Répartition du budget et du gap de financement par source et par année

Source de financement	2017	2 018	2 019	2 020	2 021
Etat	69 047 000 000	15 736 778 705	14 136 300 679	10 199 183 316	7 280 373 651
Colectivités Locales	3 878 037 592	3 284 197 295	2 950 184 490	2 128 525 214	1 519 382 327
PTF	9 695 093 980	8 210 493 237	7 375 461 224	5 321 313 035	3 798 455 818
Total Financé	82 620 131 572	27 231 469 238	24 461 946 392	17 649 021 565	12 598 211 796
Gap	67 219 318 264	41 189 307 741	37 000 230 473	26 695 253 723	19 055 586 687
Total PIS	149 839 449 836	68 420 776 979	61 462 176 865	44 344 275 288	31 653 798 483

Pour la résorption du gap de financement, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale devra diversifier les sources de financement, à travers notamment :

- le Partenariat Public-Privé;
- la coopération décentralisée ;
- les financements innovants.

Pour mobiliser ces ressources, il s'agira :

- pour l'Etat, de faire des efforts en allouant des ressources budgétaires conséquentes pour relever les dépenses consacrées au Ministère de la Santé et de l'Action sociale ;

- d'engager des négociations avec les partenaires techniques et financiers dans le cadre des modalités nationales de concertation et de coordination Etat-Partenaires, de façon à préciser les engagements des différentes parties ;
- d'amener les Collectivités Locales à s'investir davantage dans le financement de la santé, notamment la construction et la maintenance des postes de santé ;
- de créer un cadre attractif pour les investisseurs privés nationaux et étrangers ;
- d'exploiter toutes les niches de financement non explorées par les services fiscaux

VI. DISPOSITIF DE PILOTAGE, DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D'EVALUATION

La mise en œuvre du PIS exige des moyens accrus et nécessite la levée de toutes les lourdeurs et pesanteurs qui affectent l'exécution diligente des projets. Tous les acteurs devront s'inscrire résolument dans une logique d'efficience.

6.1. CADRE INSTITUTIONNEL

Le cadre institutionnel de mise en œuvre du PIS comprend un Comité de Pilotage et un comité technique.

6.1.1. COMITE DE PILOTAGE

Le Comité de pilotage assure le pilotage stratégique du PIS.

Il est présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de l'Action sociale et comprend les Directeurs et Chefs de service nationaux, les Directeurs d'Hôpital, les Médecins Chef de Région, le Représentant du Ministère en charge de l'Economie et des Finances, le Représentant des élus locaux, les Partenaires sociaux et les Partenaires Techniques et Financiers, les chefs des Services Régionaux de l'Action Sociale etc.

Le comité de pilotage se réunira au moins une fois par semestre. Toutefois, pendant la première année du PIS, les réunions du Comité de pilotage se tiendront selon une fréquence mensuelle pour stabiliser le financement du PIS.

6.1.2. COMITE TECHNIQUE

Le comité technique veille à l'opérationnalisation correcte du PIS et la mise en œuvre cohérente des orientations stratégiques définies par le comité de pilotage.

Il est coordonné par la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques et comprend les points focaux des Directions et services du niveau central, les planificateurs régionaux, les représentants des EPS, le Représentant de l'USERP etc. Le comité technique se réunit au moins une fois par trimestre.

6.2. DISPOSITIF DE SUIVI ET D'EVALUATION

Le dispositif de suivi et d'évaluation permet aux acteurs de suivre la mise en œuvre du PIS et d'en analyser les résultats obtenus. Il fournit l'opportunité de partager les résultats du PIS et de faire les ajustements nécessaires.

Deux mécanismes de suivi sont retenus pour le PIS :

6.2.1. SUIVI DE L'EXECUTION DU PIS

Les activités de suivi permettent de combler les lacunes identifiées par les acteurs nationaux et permettent à l'État de disposer de données pour mesurer les progrès dans la réalisation des objectifs du PIS et prendre les mesures idoines pour améliorer les performances. C'est pourquoi tous les acteurs seront associés à ce processus. En effet la mise en œuvre, au niveau national, exige un processus de dialogue et de revue inclusif qui garantit que les politiques et les programmes ainsi que les politiques budgétaires et les aides au développement sont en accord avec les prévisions du PIS. Le suivi se fera à travers les CIS et les RAC mais il est prévu en plus une revue annuelle spécialement dédiée au PIS afin de mesurer au terme de chaque année les progrès réalisés en matière d'investissements. Pour cela le MSAS va mettre en place un outil de traitement des informations collectées auprès des points focaux ainsi que des données provenant d'études spécifiques.

6.2.2. EVALUATION DU PIS

L'évaluation du PIS comprend : Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale. L'évaluation à mi-parcours permettra de faire des recommandations, voire, réviser le PIS afin d'améliorer les résultats. Les résultats de l'évaluation finale seront utilisés pour l'élaboration du prochain PIS. Ces deux évaluations seront éventuellement enrichies par les résultats de toute évaluation du PNDS menée au cours de la période.

Annexe 1 :

ANNEE	POPULATION	NBRE DE POSTE	RATIO POSTE / POP
2017	15256346	1456	1/10478
2018	15726037	1556	1/10107
2019	16209125	1606	1/10093
2020	16705608	1656	1/10088
2021	17223497	1723	1/9996

Annexe 2 :

DESIGNATION	BESOINS EN PS	NOUVELLES CREATIONS	GAP
DAKAR	274	101	203
DIOURBEL	225	33	192
FATICK	94	34	66
KAFFRINE	88	25	63
KAOLACK	124	31	93
KEDOUGOU	12	12	0
KOLDA	118	17	101
LOUGA	118	92	43
MATAM	78	22	65
SAINT LOUIS	99	25	74
SEDHIOU	77	23	54
TAMBACOUNDA	106	47	59
THIES	167	41	111
ZIGUINCHOR	0	16	10
TOTAL	**1580**	**519**	**1134**

Annexe 3 : **Bilan des réalisations en centres de santé sur la période 2009-2015**

REGIONS MEDICALES	BESOINS EN CS	NOUVELLES CREATION	GAP
DAKAR	10	2	8
DIOURBEL	9	0	9
FATICK	2	2	0
KAOLACK	2	0	2
KAFFRINE	3	1	2
LOUGA	2	5	3
MATAM	3	2	1
SAINT LOUIS	2	2	0
TAMBACOUNDA	0	0	0
KEDOUGOU	1	1	0
THIES	5	0	5
ZIGUINCHOR	1	0	1
KOLDA	4	1	3
SEDHIOU	2	1	1
TOTAL	**46**	**17**	**35**

Source : rapport provisoire Evaluation à mi-parcours du PNDS

2.1.3. HOPITAUX REALISES

Bilan des réalisations en Hôpitaux sur la période 2009-2015

RM	BESOINS EN HOPITAUX	NOUVELLES CREATIONS	Gap
DAKAR	1	5	0
DIOURBEL	3	1	2
FATICK	1	1	0
KAFFRINE	2	1	1
KAOLACK	2	0	2
KEDOUGOU	1	0	1
KOLDA	1	0	1
LOUGA	2	1	1
MATAM	1	1	0
SAINT LOUIS	1	1	0
SEDHIOU	1	1	0
TAMBACOUNDA	0	0	0
THIES	3	2	1
ZIGUINCHOR	0	1	
TOTAL	**19**	**15**	**9**

Source : rapport provisoire Evaluation à mi-parcours du PNDS