

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une foi

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE



**DOCUMENT DE
PROGRAMMATION
PLURIANNUELLE DES
DEPENSES**

**DPPD-SANTE
2015 – 2017**

VERSION PRELIMINAIRE DU 04 MARS 2015

CANEVAS DU DOCUMENT DE PROGRAMMATION PLURIANNUELLE DES DEPENSES (DPPD)

STRUCTURE DU DPPD

- 1. Introduction**
- 2. Orientations stratégiques du secteur**
- 3. Programmation budgétaire à moyen terme**
- 4. Annexes**

1- INTRODUCTION

2- ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU SECTEUR

2.1. Diagnostic global du secteur

2.2. Objectifs du secteur

2.2.1-Objectifs stratégiques

2.2.1- Objectifs spécifiques

3- LA PROGRAMMATION BUDGETAIRE A MOYEN TERME

3.1- Présentation des programmes

3.2- Budgétisation à moyen terme

4- ANNEXES :

- Annexe n°1: Tableau budgétisation des programmes par nature de dépenses
- Annexe n°2: Tableau sur l'évolution des résultats techniques attendus
- Annexe n°3: Tableau des sources de financement par programme

1. INTRODUCTION

A travers sa politique générale, l'Etat du Sénégal a réaffirmé son engagement à faire de la santé un secteur prioritaire où tous les ménages bénéficient d'un accès universel à des services de qualité, sans aucune forme d'exclusion avec comme objectif fondamental une lutte plus efficace contre la pauvreté et la recherche de l'émergence économique.

En 2013, le Sénégal a formulé le Plan Sénégal Emergent (PSE) pour servir de cadre de référence à l'action de l'Etat et des partenaires au développement sur la période 2014-2018.

La priorité accordée à la santé dans le PSE découle des liens étroits entre santé et pauvreté puisque le mauvais état de santé influe négativement sur le développement économique surtout dans les pays où la création de richesse est fortement tributaire du facteur travail fournit par le capital humain. D'un autre coté, la maladie est elle-même facteur de pauvreté du fait de la part importante qu'elle occupe dans les dépenses des ménages. Ce constat pose la problématique de l'accessibilité financière, qui elle met l'accent sur les barrières financières et l'exclusion qui en résulte. L'exclusion, liée à la faible capacité financière des ménages avec l'irrégularité des revenus, peut être saisonnière, temporaire ou partielle avec des ressources insuffisantes pour la prise en charge intégrales des soins. Ceci renvoie à la problématique de la protection financière face au risque de dépenses catastrophiques, qui fait l'objet de beaucoup d'écrits avec entre autre l'OMS qui a publié que près de 345 000 ménages sénégalais s'appauvriraient suite aux dépenses de santé.

Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) s'est doté d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009 – 2018 dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sanitaire du Gouvernement. Il constitue le cadre de référence de toutes les interventions dans le secteur de la santé et de l'action sociale.

La mise en œuvre du PNDS poursuit les objectifs nationaux et internationaux en matière de santé notamment les objectifs du Plan Sénégal Emergent et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il s'agit plus spécifiquement de :

- Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ;
- Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- Renforcer durablement le système de santé ;
- Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.
- Améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables.

La mission du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) qui ont pu être identifiées dans le Décret n° 2014-867 du 22 juillet 2014 relatif aux attributions du MSAS, est de contribuer au bien être des populations en améliorant leur état de santé et en le portant à un niveau socialement productif. A cet effet, les conditions requises sont progressivement mises en place pour la traduction opérationnelle de la politique nationale de santé et d'action sociale. C'est ainsi que le MSAS veille particulièrement à la démocratisation du système de santé en garantissant notamment l'accès des groupes vulnérables à des services de qualité. L'Action sociale relevant désormais de la compétence du MSAS, vient renforcer le dispositif en place pour la matérialisation de la vision du PNDS (2009-2018).

Après avoir décliné l'importance du secteur dans le développement économique et social du pays, l'articulation des stratégies sectorielles avec les politiques nationales et la mission du secteur, le DPPD se présente comme suit : le premier chapitre dresse les orientations stratégiques du secteur. Le deuxième chapitre traite de la programmation budgétaire à moyen terme.

2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU SECTEUR

2.1. Diagnostic global du secteur

1) Problématique

La situation sanitaire au Sénégal est caractérisée par une mortalité maternelle encore élevée, notamment en raison de la difficulté à gérer les urgences obstétricales, et à réduire significativement les obstacles géographiques et financiers d'accès aux services de santé. Ainsi, il est estimé que le taux de mortalité maternelle est de 392 décès de femmes enceintes pour 100 000 naissances vivantes (EDS-MICS 2010-2011). 40% de femmes au Sénégal ne sont pas assistées par un personnel de santé qualifié, au moment de donner la vie.

Il faut également souligner la faible prise en compte des besoins sexo-spécifiques en santé sexuelle et reproductive dans les politiques et programmes de santé. Au Sénégal, 29% de femmes voudraient utiliser la planification familiale, mais n'ont pas accès aux méthodes et/ou produits de la contraception. Seules 18% des femmes ont recours à une contraception (EDS continue 2012-2013).

La vulnérabilité des femmes et des adolescentes aux IST/VIH/sida doit également être mise en avant. Le VIH reste la première cause de décès maternel.

L'accessibilité financière des structures sanitaires demeure toujours problématique pour la majorité des Sénégalais, à fortiori pour les groupes vulnérables. La couverture du risque maladie et les dispositifs de prise en charge des indigents et des groupes vulnérables sont embryonnaires et dispersés entre différents acteurs.

L'absence de systèmes de protection sociale est l'un des principaux facteurs du maintien des pauvres dans un cercle vicieux de pauvreté et de création de nouveaux pauvres, notamment pour les acteurs du secteur informel, constituant ainsi un frein à l'accumulation du capital et à l'investissement. En effet, les dispositifs formels de protection sociale existants, basés sur la couverture des fonctionnaires et autres salariés contre les risques, comme la caisse de sécurité sociale (CSS), les IPM, l'IPRES, le FNR, les assurances privées, les mutuelles professionnelles complémentaires, couvrent près de 15% de la population et ne concernent que les branches santé, retraite, prestations familiales. Ainsi, une grande majorité de la population (secteur informel, secteur rural, journaliers et catégories sociales vulnérables) n'est pas couverte par ces dispositifs formels et fait le plus souvent recours aux systèmes dits traditionnels de solidarité et/ou à l'assurance-maladie volontaire ou à d'autres systèmes de micro-assurance santé.

2) Performances techniques

Entre 2011 et 2013, il est à noter que la Gouvernance sanitaire du MSAS a été renforcée avec une fonctionnalité de l'Equipe d'Initiatives et de Politiques de Santé (EIPS) chargée de la définition des politiques avec une disponibilité des documents cadres pour la planification au niveau central et local. C'est dans ce cadre que le Gouvernement du Sénégal a signé en avril 2013 son Compact santé avec les partenaires techniques et financiers qui appuient le secteur de la santé. Il est à noter une parfaite fonctionnalité des cadres de coordination, de suivi et d'évaluation du PNDS 2009-2018.

Le MSAS a fait de l'informatisation de son système de coordination et de suivi évaluation une priorité, c'est dans ce cadre qu'il a introduit en 2013 l'outil informatisé de planification, de suivi et d'évaluation le e-PTA. En 2014 l'outil informatisé de gestion du système d'information sanitaire le DHIS 2 a été aussi introduit. Aujourd'hui ces deux outils informatisés sont opérationnels aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Autres points forts importants du secteur de la santé restent : le renforcement de l'intégration de la dimension genre dans les questions de santé avec la création en 2013 d'une cellule Genre au sein du MSAS qui a entamé un audit genre du secteur de la santé ; l'appui à une mise en œuvre effective de la couverture maladie universelle (CMU) avec la mise en place d'un système de subvention aux mutuelles de santé et l'extension de la gratuité des soins sanitaires en faveur des groupes vulnérables.

Il est noter que le MSAS a entamé une vaste réflexion pour une réforme des districts sanitaires en cohérence avec l'acte 3 de la décentralisation.

Résultats de développement du secteur sur la période 2011-2014

Les résultats du secteur sont appréciés à travers le tableau ci-dessous qui traduit les réalisations au cours de la période 2011 – 2014.

Indicateurs	Résultats 2011	Résultats 2012	Résultats 2013	Résultats 2014
Taux de mortalité maternelle	392/100000	ND	ND	ND
Mortalité infantile	47/1000	43/1000	43/1000	33/1000
Taux de mortalité infanto-juvénile	72/1000	65/1000	65/1000	54/1000
Prévalence (en %) VIH dans la population générale*	0,7	0,7	<1%	ND
Prévalence de l'insuffisance pondérale**	18%	16%	16%	13%
Prévalence parasitaire du paludisme	2,9	2,9	2,6	1,2
Taux de détection de la tuberculose			70%	ND
Taux (en %) de couverture CPN4	50	50	50	48
Taux (en %)	65%	50%	50%	59%

d'accouchements assistés par du personnel qualifié					
Proportion en % d'enfants âgés de 0-11 mois complètement vaccinés		ND	70,2%	ND	ND
Taux d'exécution du budget de la santé :	• Fonct	ND	98,75%	96,5%	95%
	• Investissement	47,08%	83,57%	73,85%	85%
Part de la santé dans le budget de l'Etat*** (fonct. Invest.) hors dette	Fonct	10,2%	10,3%	10,7	ND
	Invest	1,8%	1,8%	ND	ND

2.1.1 Taux d'exécution financière (rappel des résultats financiers par programme et par nature de dépenses sur les trois dernières années)

(Voir fichier annexe sur l'exécution du budget)

2.1.2 Défis et Contraintes

Le MSAS fait face aujourd'hui à un certain nombre de contraintes :

- Retard dans la prise du décret portant organisation du MSAS
- Absence de critères objectifs d'allocation des ressources au niveau interne
- Faiblesse du contrôle interne de l'exécution des budgets aux centres de responsabilité du secteur
- Absence de culture de redevabilité/sanctions au niveau du secteur
- Retard dans l'effectivité de la réforme des comités de santé
- Inexistence d'un décret d'application du code de l'hygiène
- Forte régression du budget alloué aux investissements
- Faible disponibilité des ressources humaines de qualité : particulièrement les sage femmes et médecins spécialistes
- Iniquité de la répartition des RH existantes sur le territoire national
- Non maîtrise du personnel de santé disponible au niveau du secteur due à une absence d'un système de gestion des ressources humaines
- Absence d'un plan national de formation du personnel de santé
- Absence d'un cadre institutionnel et réglementaire de la médecine traditionnelle
- Insuffisance de centres d'expérimentation de la médecine traditionnelle
- Insuffisance des services de maintenance au niveau périphérique
- Faible prise en compte des données des secteurs privé, parapublic et communautaires dans les données sanitaires collectées
- Faible disponibilité des médicaments dans les structures publiques accompagnée d'une faible maîtrise du marché illicite de médicaments de la rue et de ses conséquences

- Faiblesse du plateau technique des structures de référence
- Faible coordination des activités de partenariat public privé dans le secteur
- Insuffisance et difficulté de mobilisation des ressources des collectivités locales allouées à la santé
- Part importante du financement direct des ménages dans les dépenses de santé (out of pocket)
- Faible satisfaction de la demande des soins
- Retard pris dans la signature de la loi sur la CMU
- Inexistence des mutuelles de santé dans certaines collectivités

Le MSAS fait face aujourd'hui à un certain nombre de défis dont les plus saillants restent la nécessité d'articuler ses réformes en cours aux réformes entamées au niveau national, à savoir l'articulation de la réforme des districts sanitaires à l'acte III de la décentralisation de même que la réforme des comités de santé. L'introduction effective des nouvelles technologies d'information et de communication à la pratique de la médecine et à la formation des personnels de santé à travers une généralisation de la télémédecine.

Le renforcement des centres de maintenance et des ressources humaines qui y sont dédiées reste une priorité du secteur.

Dans le cadre de mise en œuvre effective de la gestion axée sur les résultats, le MSAS reste confronté à un important défi à travers la mise en place d'un système fonctionnel de suivi des performances, d'imputabilité accompagné d'un système objectif de sanctions et de d'opérationnalité de la redevabilité, principe fondamental de la gestion axée sur les résultats.

Un défi, et non des moindres, reste le renforcement de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle avec un passage effectif à l'échelle de la couverture de la demande de soins sur l'ensemble des départements du Sénégal. La mise en œuvre de la CMU nécessitera un renforcement du plateau technique des structures sanitaires avec un renforcement des ressources humaines de qualité et un renforcement de la disponibilité des médicaments dans les structures du public accompagnée d'une prise en charge effective du problème de la vente illicite de médicaments de la rue.

2.2. Objectifs du secteur

Les objectifs sectoriels du MSAS déclinés à travers le PNDS et le plan stratégique de l'action sociale sont :

- Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto-juvéniles ;
- Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- Renforcer durablement le système de santé ;
- Améliorer la gouvernance du secteur de la santé ;
- Améliorer les conditions socio économiques des groupes vulnérables.

2.2.1-Objectifs stratégiques

Conformément à la vision et aux objectifs, les stratégies d'intervention retenues dans le PNDS 2009-2018 sont véritablement tournées vers la réalisation du bien-être des familles sénégalaises par l'amélioration de la qualité de l'offre de services.

Les onze objectifs stratégiques suivants ont été retenus dans ce cadre :

- pour l'atteinte du premier objectif sectoriel :

(i) Accélérer la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles ;

- pour l'atteinte du deuxième objectif sectoriel :

(ii) Améliorer la Promotion de la santé,

(iii) Renforcer la prise en charge de la maladie ; et

(iv) Renforcer la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte

- pour l'atteinte du troisième objectif sectoriel :

(v) Développer les ressources humaines,

(vi) Renforcer les Infrastructures, les Equipements et la Maintenance,

(vii) Améliorer la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux,

(viii) Renforcer le système d'information et la recherche en santé ;

(ix) Renforcer de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

- pour l'atteinte du quatrième objectif sectoriel :

(x) Promouvoir la gestion axée sur les résultats,

(xi) Améliorer les capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière

2.2.1- Objectifs spécifiques

Objectif 1 : Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto- juvéniles

- 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,
- 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,
- améliorer le niveau d'utilisation des services de planification familiale,
- améliorer la survie de l'enfant,
- améliorer la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents,
- Augmenter la couverture vaccinale

Objectif 2 : Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie

- réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles,
- réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles,
- réduire la morbidité et la mortalité liées aux infections associées aux soins.

Objectif 3 : Renforcer durablement le système de santé

- améliorer la couverture en infrastructures sanitaires,
- assurer la disponibilité en personnel dans les structures de santé,
- assurer la disponibilité en médicaments essentiels génériques (MEG) et produits spécifiques
- renforcer la couverture du risque maladie,

Objectif 4 : Améliorer la gouvernance du secteur de la santé

- renforcer le pilotage/gestion du secteur
- renforcer le partenariat

Objectif 5 : Améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables.

- Renforcer l'assistance sociale aux groupes vulnérables
- Améliorer l'accès des groupes vulnérables aux ressources et facteurs de production

3. LA PROGRAMMATION BUDGETAIRE A MOYEN TERME

3.1- Présentation des programmes

3.1.1 Programme 1 : Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent

La santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, en raison de son impact sur tous les secteurs du développement constitue une priorité de premier ordre tel que mentionné dans le Plan National de Développement Sanitaire (2009 – 2018) dont le premier objectif stratégique est de réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles. Dans ce programme, l'accent est mis sur la maternité à moindre risque, la prise en charge communautaire de la femme enceinte, la planification familiale, la santé néonatale, la lutte contre malnutrition, la survie de l'enfant, la santé de la reproduction des adolescents et la vaccination.

Les suivis prénatal et post natal ainsi que l'accouchement assisté par du personnel qualifié revêtent une grande importance. Cependant, des obstacles demeurent dans l'offre et l'utilisation des services de santé de la reproduction. Il s'agit principalement des trois retards : retard dans la prise de décisions, retard dans la recherche des soins et retard dans la prise en charge au niveau de la structure de soins.

Dans la perspective d'un meilleur suivi des soins prénatals, des efforts ont été consentis dans le domaine du renforcement des capacités des prestataires et de l'équipement des structures de santé.

Les mesures prises ont permis l'augmentation de la fréquentation des structures de santé et l'amélioration de la qualité de l'offre de services. Les soins obstétricaux d'urgence contribuent à la prise en charge des parturientes présentant des pathologies ou des complications nécessitant un traitement immédiat.

Depuis l'introduction de l'approche des blocs de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC), il y a une amélioration de la qualité de la prise en charge des complications obstétricales, causes principales de la mortalité maternelle.

Les Soins Après Avortement (SAA) en tant que stratégie de réduction de la mortalité maternelle ont été d'abord introduits dans certains hôpitaux et certains centres de santé et ensuite portés à l'échelle sur l'ensemble du territoire.

Dans le domaine de la néonatalogie, des efforts ont été consentis dans le renforcement des compétences des prestataires en soins essentiels du nouveau-né (SENN) et dans l'équipement des structures de santé en coins du nouveau-né. Il importe de signaler la mise en place de quelques unités kangourou.

Il a été procédé à l'extension et à la décentralisation des services de planification familiale jusqu'au niveau communautaire grâce au renforcement de la compétence du personnel sur la technologie contraceptive et les méthodes de longue durée. Ce travail repose principalement sur trois concepts que sont la décentralisation, la démedicalisation (délégation) et la démocratisation du programme de planification familiale.

Dans la perspective de l'atteinte des OMD 4 et 5 d'ici 2015, le programme Bajenu Gox, a été mis en place pour accroître la demande et l'utilisation des services de Santé de la Reproduction. Dans ce cadre, des Bajenu Gox ont été identifiées, formées et équipées pour la sensibilisation et le suivi des populations.

Axes stratégiques :

Axe stratégique 1.1 : la maternité à moindre risque

Actions prioritaires :

- Renforcement de la surveillance de grossesse incluant le dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes ;
- Renforcement de la qualité de l'offre des soins obstétricaux essentiels et d'urgence pour les femmes enceintes, les accouchées et les nouveau-nés au niveau des points de prestations de services
- Poursuite de la généralisation de l'assistance à l'accouchement
- Systématisation des consultations post-natales ;

Axe stratégique 1.2 Prise en charge communautaire de la femme enceinte

- Renforcement de la sensibilisation et de l'offre des services de santé en milieu communautaire pour les femmes enceintes, les accouchées et les nouveau-nés ainsi que le recours aux soins au niveau des Points de Prestation de Service (initiative Bajenu Gox)
- Développement d'une stratégie intégrée de communication pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Axe stratégique 1.3 Planification familiale

- Elargissement de la gamme des méthodes longue durée
- Extension de l'offre initiale de pilules

Axe stratégique 1.4 Santé néonatale

- Développement du paquet d'activités de soins essentiels du nouveau-né

Axe stratégique 1.5 Survie de l'enfant

- Amélioration de l'accessibilité à la consultation des nourrissons sains ;
- Renforcement de la PCIME ;
- Lutte contre les maladies diarrhéiques

Axe stratégique 1.6 Santé de la reproduction des adolescents

- Intégration du paquet de services pour jeunes et adolescents dans les districts sanitaires

3.1.2 Programme 2 : Prévention et prise en charge de la maladie

Ce programme prend en compte les stratégies de lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles en plus de la prévention. Ces composantes sont déclinées dans une planification stratégique en ligne avec le PNDS 2009-2018.

Il s'agit pour la composante « maladies transmissibles », d'assurer la surveillance et la riposte face aux épidémies et de lutter efficacement contre le paludisme, la tuberculose, le sida et les maladies tropicales négligées.

En ce qui concerne les maladies non transmissibles (MNT), l'accent est particulièrement mis sur les maladies chroniques à soins coûteux, la santé mentale, la santé bucco-dentaire, la santé oculaire et la gestion des urgences.

Par ailleurs, ce programme prend également en charge la prévention qui est le meilleur investissement dans le domaine de la santé et qui doit être entendue de façon très large, c'est à dire un niveau d'hygiène satisfaisant, un accès à l'eau potable, un assainissement convenable, un environnement salubre, une éducation pour tous.

Dans un souci de préservation des savoirs traditionnels, la mise en place d'un cadre juridique et législatif favorisera l'intégration de la médecine traditionnelle dans le processus du développement sanitaire.

Axe stratégique 2.1 Maladies transmissibles

- Surveillance épidémiologique et riposte face aux épidémies
- ✓ Lutte contre le paludisme (prise en charge des cas et prévention ; gestion et coordination ; IEC/CCC ; approvisionnement ; renforcement du suivi et recherche opérationnelle)
- ✓ Lutte contre la tuberculose (Poursuite d'une stratégie DOTS « Directly Observed Treatment Short Course » de qualité ; prise en charge des grands défis (TB/VIH, TB multi-résistante, TB de l'enfant, TB et diabète et le contrôle de la transmission nosocomiale de l'infection TB) ; Interventions communautaires sur la TB ; Implication des autres prestataires de soins des secteurs parapublic et privé ; Communication sur la TB ; Contribution au renforcement du système de santé)
 - ✓ Lutte contre le VIH/Sida (Prévention et prise en charge des IST ; Conseil Dépistage Volontaire ; Prévention de la transmission mère enfant ; Prise en charge médicale)
 - ✓ Lutte contre les maladies tropicales négligées (chimiothérapie préventive ; surveillance sentinelle ; campagne de masse)

Axe stratégique 2.2 Maladies non transmissibles

- Lutte contre les maladies chroniques à soins coûteux (mise en place de moyens diagnostic ; communication ; renforcement des capacités du personnel)
 - ✓ Santé mentale ;
 - ✓ Santé bucco-dentaire ;
 - ✓ Gestion des urgences ;
 - ✓ Santé oculaire.

Axe stratégique 2.3 Prévention

- Hygiène et assainissement (recrutement ; formation ; équipement)
- IEC/CCC
- Lutte anti-tabac
- Lutte contre les infections nosocomiales (renforcement des compétences ; prévention et surveillances des accidents d'exposition au sang ;)
 - Santé et environnement (prise en charge de déchets dangereux, contrôle de la pollution)
 - Médecine traditionnelle (mise en place du cadre juridique et législatif, renforcement des capacités des tradipraticiens)

- Renforcement du système de vaccination (disponibilité des vaccins, renouvellement chaîne de froid, organisation campagnes de vaccination)

3.1.3 Programme 3 : Renforcement du système de santé

Le programme « Renforcement du système de santé » prend en charge la couverture sanitaire, le fonctionnement des services et le financement de la demande.

Concernant la couverture sanitaire, l'accent est mis sur le maillage du territoire en ressources humaines de qualité, en infrastructures et équipements sanitaires.

L'élaboration de la politique de maintenance a permis de redynamiser les services techniques de maintenance (STM) dans les hôpitaux, les bureaux régionaux de maintenance (BRM) dans les régions et les unités techniques de maintenance (UTM) dans les districts sanitaires. Des plans régionaux de maintenance sont également développés.

Sous ce même registre, la politique pharmaceutique nationale vise l'accessibilité financière et géographique des médicaments de qualité. Elle repose essentiellement sur une réglementation pharmaceutique forte, un approvisionnement régulier en médicaments et produits essentiels de qualité, au contrôle et à la promotion de la production locale.

L'accent est mis aussi sur le développement de la recherche opérationnelle et la disponibilité d'un système d'information sanitaire performant.

Le fonctionnement des services prend en compte les transferts courants, les dépenses permanentes (eau, électricité, communications), les consommables et petits matériels de bureau, l'entretien (locaux, logistique, matériel informatique et de bureau), les services de gardiennage, le carburant et les lubrifiants.

L'accès aux soins de santé pour les populations particulièrement celles à faibles revenus est l'un des axes majeurs de la politique de santé. A ce titre, en plus de l'offre de soins, ce programme prend également en charge le financement de la demande qui intègre la couverture du risque maladie, les initiatives de gratuité et le développement des mutuelles de santé.

Axe stratégique 3.1 Couverture sanitaire

- Infrastructures ; équipements et maintenance (construction, réhabilitation d'infrastructures ; redynamisation des UTM, STM et BRM, élaboration de plans régionaux de maintenance, formation de techniciens de maintenance, relèvement des plateaux techniques)
- Ressources humaines (maîtrise des effectifs ; recrutement ; élaboration du plan national de formation ; élaboration du guide de la mobilité ;
- Médicaments et produits spécifiques (approvisionnement, contrôle ; formation des inspecteurs ; commission des visas ; élimination des médicaments de la rue)
- Système d'information (introduction de l'application DHIS 2)
- Recherche opérationnelle (formation en Méthodologie de la Recherche Opérationnelle en santé (MRO) ; élaboration de protocoles de recherche ; organisation de fora)

Axe stratégique 3.2 fonctionnement des services

- Fonctionnement courant
- Transferts courants

Axe stratégique 3.3 Couverture du Risque Maladie

- Couverture du risque maladie (développement de mutuelles de santé ; communication)

- Initiatives de gratuité

3.1.4 Programme 4 : Gouvernance sanitaire

Le programme « Gouvernance sanitaire » vise à renforcer la coordination et le leadership pour une gestion efficace et efficiente des ressources. Il s'articule autour des deux (2) principaux axes d'intervention que sont la gestion axée sur les résultats et la participation.

La gestion axée sur les résultats recouvre les questions de planification, de coordination, de suivi-évaluation, d'audit, de contrôle, de normalisation, de financement basé sur les résultats et du système d'allocation des ressources. Cette approche reste un objectif principal pour l'effectivité du Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD). Dans ce processus, la planification à la base est renforcée et un système d'allocation de ressources plus équitable est mis en place à travers les Plans de Travail Annuels (PTA).

La participation comprend les notions de participation des communautés, de multisectorialité, de décentralisation, de contractualisation et de partenariat.

A ce niveau, les comités de santé développent leurs capacités à identifier et à prendre en charge les problèmes de santé prioritaires des zones de responsabilité des structures sanitaires auxquelles ils sont rattachés. De même, la mise en place des cadres départementaux et l'évaluation des pratiques contractuelles se poursuivent pour le renforcement du partenariat public privé au niveau opérationnel.

Axe stratégique 4.1 Pilotage/Gestion

- Planification (coûts de gestion du PTA ; activités d'orientation)
- Coordination, suivi-évaluation
- Financement basé sur les résultats
- Normalisation
- Audit/contrôle (missions)
- Système d'allocation des ressources

Axe stratégique 4.2 Partenariat

- Participation des communautés (finalisation du décret sur les comités de développement sanitaire)
- Décentralisation et multisectorialité (renforcement des capacités des acteurs de la décentralisation dans le secteur de la santé ; plaidoyer pour l'élaboration des POCL/Santé)
- Partenariat (mise en place des cadres départementaux et évaluation des pratiques contractuelles ; renforcement du partenariat public privé au niveau opérationnel)

3.1.5 Programme 5 : Appui aux groupes vulnérables

Ce programme vise l'amélioration des conditions socio-économiques des groupes vulnérables. A ce titre, il vient compléter le dispositif de démocratisation du système de santé en garantissant notamment leur accès à des services de qualité. Il insiste notamment sur le volet prise en charge de l'enfance déshéritée, sur les aspects liés aux revenus des groupes vulnérables, mais aussi sur la protection sociale et l'inclusion des personnes handicapées.

L'appui aux groupes vulnérables repose sur trois orientations que sont l'améliorer de la situation des enfants déshérités ; l'assistance des personnes en situation difficile et l'accroissement des capacités d'auto-prise en charge des indigents et groupes vulnérables (IGV).

La mise en place d'un système d'information et de gestion (SIG), permettra la maîtrise de la cible et l'élaboration d'une cartographie de la vulnérabilité. L'exploitation de ce SIG va impulser le financement d'activités génératrices de revenus au profit des groupes vulnérables, en vue de leur autonomisation, mais surtout aboutir à la production de la Carte d'Egalisation des Chances (CEC) pour une bonne protection sociale des personnes handicapées.

Il s'agira aussi de venir en appont à la politique de Couverture Maladie Universelle en contribuant à l'enrôlement des IGV, à la prise en charge coûteuse des soins de santé et au règlement des frais d'ordonnance. De même, la réhabilitation des personnes handicapées s'exercera à travers l'octroi d'aides techniques et d'appareils orthopédiques.

Axe stratégique 5.1 Assistance sociale aux familles démunies

- Appui aux daraas et associations de promotion sociale des enfants ;
- Appui scolaire et formation professionnelle des enfants, jeunes et adolescents déshérités ;
- Appui aux orphelins
- Suivi de la vulnérabilité (mise en place du système d'information et de gestion)
- Protection des personnes handicapées (production de la carte d'égalisation des chances)
- Secours d'urgence aux personnes en situation difficile ;
- Prise en charge des soins couteux des cas sociaux (soins médicaux, enrôlement des IGV dans les mutuelles)

Axe stratégique 5.2 Accès des groupes vulnérables aux ressources et facteurs de production

- Promotion des AGR pour les personnes vulnérables
- Réhabilitation des personnes handicapées (aides techniques appareillage orthopédique).

3.2 Budgétisation à moyen terme

Voir tableau de la budgétisation à moyen terme en annexe

ANNEXES

Annexe n°1: Tableau budgétisation des programmes par nature de dépenses

TAUX D'EXECUTION FINANCIERE DE L'ANNEE 2011

Budget	LFI	Variation	Virements ou ouvertures de crédits (3)	Reports de crédits	Autorisation d'Engagement	Crédits Réservés	Disponible	Total	Taux	Montant Liquidé	Montant Ordonnancé	Taux
	-1	LFR -2		-4	(5=1+2+3+4)	-6	(7=5-6)	Engagé -8	(8= (9/5)* 100	-10	-11	(12= (11/5)* 100
54 - Ministère de la Santé, de l'hygiène Publique et de la Prévention	81 935 002 020	-392 458 542	-1 183 631 925	3 563 508 200	83 922 419 753	70 666 090 789	13 256 328 964	70 665 216 909	84%	70 024 248 688	70 023 497 028	83%
Dépenses de personnel	35 539 122 020	450 749 000	0	0	35 989 871 020	30 434 545 721	5 555 325 299	30 434 545 721	85	30 434 545 721	30 434 545 721	85
Dépenses de fonctionnement	9 943 543 000	-99 910 818	1 292 683 607	0	11 136 315 789	10 853 086 182	283 229 607	10 852 212 302	97	10 360 963 081	10 360 211 421	93
Transferts courants	24 902 337 000	-151 663 800	-1 973 337 000	0	22 777 336 200	22 777 336 200	0	22 777 336 200	100	22 627 757 200	22 627 757 200	99
Investissements exécutés par l'état	9 815 000 000	-591 632 924	-402 978 532	3 563 508 200	12 383 896 744	4 966 122 686	7 417 774 058	4 966 122 686	40	4 965 982 686	4 965 982 686	40
Transfert en capital	1 735 000 000	0	-100 000 000	0	1 635 000 000	1 635 000 000	0	1 635 000 000	100	1 635 000 000	1 635 000 000	100
Totaux (1)	81 935 002 020	-392 458 542	-1 183 631 925	3 563 508 200	83 922 419 753	70 666 090 789	13 256 328 964	70 665 216 909	84	70 024 248 688	70 023 497 028	83

TAUX D'EXECUTION FINANCIERE DE L'ANNEE 2012

Budget	LFI -1	Variation LFR -2	Virements ou ouvertures de crédits (3)	Reports de crédits -4	Autorisation d'Engagement (5=1+2+3+4)	Crédits Réservés -6	Disponible (7=5-6)	Total Engagé -8	Taux (8= (9/5)* 100	Montant Liquidé -10	Montant Ordonnancé -11	Taux (12= (11/5)* 100
54 - Ministère de la Santé et de l'Action Sociale	86 731 288 086	-2 130 115 037	723 636 423	3 219 152 334	88 543 961 806	78 500 737 836	10 043 223 970	78 497 990 854	89%	77 798 627 830	77 798 627 830	88%
Dépenses de personnel	36 532 629 086	0	475 901 140	0	37 008 530 226	30 627 415 327	6 381 114 899	30 627 415 327	83	30 627 415 327	30 627 415 327	83
Dépenses de fonctionnement	10 125 322 000	-1 959 577 009	1 567 563 350	0	9 733 308 341	9 501 355 585	231 952 756	9 498 618 703	98	9 276 625 517	9 276 625 517	95
Transferts courants	24 902 337 000	-199 937 700	-1 688 570 950	0	23 013 828 350	23 013 783 400	44 950	23 013 783 400	100	23 013 783 400	23 013 783 400	100
Investissements exécutés par l'état	12 312 000 000	-250 600 328	-10 741 956	3 219 152 334	15 269 810 050	11 839 698 685	3 430 111 365	11 839 688 585	78	11 362 318 747	11 362 318 747	74
Transfert en capital	2 859 000 000	280 000 000	379 484 839	0	3 518 484 839	3 518 484 839	0	3 518 484 839	100	3 518 484 839	3 518 484 839	100
Totaux (1)	86 731 288 086	-2 130 115 037	723 636 423	3 219 152 334	88 543 961 806	78 500 737 836	10 043 223 970	78 497 990 854	89%	77 798 627 830	77 798 627 830	88%

TAUX D'EXECUTION FINANCIERE DE L'ANNEE 2013

Budget	LFI	Variation	Virements ou ouvertures de crédits (3)	Reportis de crédits	Autorisation d'Engagement	Crédits Réservés	Disponible	Total	Taux	Montant Liquidé	Montant	Taux
	-1	LFR -2		-4	(5=1+2+3+4)	-6	(7=5-6)	Engagé -8	(8= (9/5)* 100	-10	Ordonnancé -11	(12= (11/5)* 100
54 - Ministère de la Santé et de l'Action Sociale	103 730 173 500	-3 524 352 000	1 000 000 000	1 617 209 430	102 823 030 930	92 913 716 081	9 909 314 849	92 736 493 066	90%	89 635 444 260	89 635 444 260	87%
Dépenses de personnel	35 388 243 500	0	0	0	35 388 243 500	32 359 739 800	3 028 503 700	32 359 739 800	91	32 359 739 800	32 359 739 800	91
Dépenses de fonctionnement	10 235 685 000	0	0	0	10 235 685 000	9 886 289 695	349 395 305	9 734 498 205	95	8 722 910 445	8 722 910 445	85
Transferts courants	27 556 245 000	975 648 000	0	0	28 531 893 000	28 338 362 064	193 530 936	28 338 362 064	99	28 338 362 064	28 338 362 064	99
Investissements exécutés par l'état	16 788 000 000	100 000 000	0	1 617 209 430	18 505 209 430	12 417 324 522	6 087 884 908	12 391 892 997	67	10 302 431 951	10 302 431 951	56
Transfert en capital	13 762 000 000	-4 600 000 000	1 000 000 000	0	10 162 000 000	9 912 000 000	250 000 000	9 912 000 000	98	9 912 000 000	9 912 000 000	98
Totaux (1)	103 730 173 500	-3 524 352 000	1 000 000 000	1 617 209 430	102 823 030 930	92 913 716 081	9 909 314 849	92 736 493 066	90%	89 635 444 260	89 635 444 260	87%

TAUX D'EXECUTION FINANCIERE DE L'ANNEE 2014

PROGRAMME / NATURE DE DEPENSES	BUDGET 2014	EXECUTION	%
Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent	12 459 771 360	10 682 086 282	85,73%
Fonctionnement	500 719 000	470 675 860	94,00%
Investissements exécutés par l'état	9 393 659 000	7 658 597 823	81,53%
Personnel	838 717 360	826 136 600	98,50%
Transfert en capital	319 000 000	319 000 000	100,00%
Transferts courants	1 407 676 000	1 407 676 000	100,00%
Prévention et prise en charge de la maladie	16 554 027 830	14 066 221 066	84,97%
Fonctionnement	1 304 092 250	983 155 147	75,39%
Investissements exécutés par l'état	6 921 000 000	4 802 481 900	69,39%
Personnel	3 119 455 580	3 071 104 019	98,45%
Transfert en capital	400 000 000	400 000 000	100,00%
Transferts courants	4 809 480 000	4 809 480 000	100,00%
Renforcement du système de santé	77 918 320 910	72 782 130 010	93,41%
Fonctionnement	7 079 471 000	6 498 231 841	91,79%
Investissements exécutés par l'état	19 432 042 010	18 130 222 893	93,30%
Personnel	29 243 836 900	26 433 504 174	90,39%
Transfert en capital	11 135 000 000	10 692 200 102	96,02%
Transferts courants	11 027 971 000	11 027 971 000	100,00%
Gouvernance sanitaire	18 835 941 660	18 065 340 235	95,91%
Fonctionnement	1 353 993 000	1 272 753 420	94,00%
Investissements exécutés par l'état	3 978 000 000	3 739 320 000	94,00%
Personnel	2 102 105 660	1 651 423 815	78,56%
Transferts courants	11 401 843 000	11 401 843 000	100,00%
Appui aux groupes vulnérables	1 327 403 000	1 319 340 440	99,39%
Fonctionnement	72 000 000	70 560 000	98,00%
Investissements exécutés par l'état	247 000 000	242 060 000	98,00%
Personnel	84 128 000	82 445 440	98,00%
Transfert en capital	815 000 000	815 000 000	100,00%
Transferts courants	109 275 000	109 275 000	100,00%
Total général	127 095 464 760	116 915 118 033	91,99%

Annexe n°2: Tableau sur l'évolution des résultats techniques attendus

Les résultats du secteur sont appréciés à travers le tableau ci-dessous qui traduit l'évolution des cibles des indicateurs clés du secteur pour la période 2011 – 2013.

Indicateurs	Résultats 2011	Résultats 2012	Résultats 2013	Résultats 2014
Taux de mortalité maternelle	392/100000	ND	ND	ND
Mortalité infantile	47/1000	43/1000	43/1000	33/1000
Taux de mortalité infanto-juvénile	72/1000	65/1000	65/1000	54/1000
Prévalence (en %) VIH dans la population générale*	0,7	0,7	<1%	ND
Prévalence de l'insuffisance pondérale**	18%	16%	16%	13%
Prévalence parasitaire du paludisme	2,9	2,9	2,6	1,2
Taux de détection de la tuberculose			70%	ND
Taux (en %) de couverture CPN4	50	50	50	48
Taux (en %) d'accouchements assistés par du personnel qualifié	65%	50%	50%	59%
Proportion en % d'enfants âgés de 0-11 mois complètement vaccinés	ND	70,2%	ND	ND
Taux d'exécution du budget de la santé :				
• Fonct	ND	98,75%	96,5%	95%
• Investissement	47,08%	83,57%	73,85%	85%
Part de la santé dans le budget de l'Etat*** (fonct. Invest.) hors dette				
Fonct	10,2%	10,3%	10,7	ND
Invest	1,8%	1,8%	ND	ND