

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

2014 - 2016

VERSION PRELIMINAIRE A VALIDER

Octobre 2013

INTRODUCTION.....	1
I. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU SECTEUR.....	4
I.1 Diagnostic du Secteur	6
I.1.1 Santé de la Mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent	6
I.1.2 Prévention et la prise en charge de la maladie	6
I.1.3 Renforcement du système de santé	15
I.1.4 Gouvernance sanitaire	17
I.1.5 Appui aux groupes vulnérables	19
I.2 Résultats de développement du secteur	19
I.3 Objectifs stratégiques	21
II. PROGRAMMATION OPERATIONNELLE A MOYEN TERME	23
II.1 Présentation des programmes	23
II.1.1 Santé de la Mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent	23
II.1.2 Prévention et la prise en charge de la maladie	23
II.1.3 Renforcement du système de santé	36
II.1.4 Gouvernance.....	47
II.1.5 Appui aux groupes vulnérables	55
II.2 Budgétisation à moyen terme	59
III. DISPOSITIF DE SUIVI- EVALUATION	60
III.1 Mécanismes de suivi	60
III.1.1 Réunion de coordination mensuelle (suivi de l'exécution) au niveau du district et des services régionaux (janvier – décembre)	60
III.1.2 Rapport trimestriel de suivi du PTA au niveau du district et des services régionaux (avril, juillet, octobre, janvier)	60
III.1.3 Réunion de coordination trimestrielle (suivi de l'exécution) au niveau régional (avril, juillet, octobre, janvier)	60
III.1.4 Rapport trimestriel de suivi du PTA et transmission au niveau régional	60
III.1.5 Réunion du Comité Interne de Suivi (CIS)	60
III.1.6 Supervision (avril, Juillet, octobre, janvier)	61
III.1.7 Monitoring semestriel (juillet, janvier)	61
III.1.8 Elaboration du rapport trimestriel du secteur	61
III.2 Mécanismes d'évaluation	62
III.2.1 Evaluation des performances au niveau du district et des services régionaux (janvier)	62

III.2.2	Evaluation des performances régionales (février).....	62
III.2.3	Evaluation des performances nationales (mars).....	62
III.2.4	Dispositif de suivi-évaluation (action Sociale)	62

ANNEXES

Annexe 1 : Plan de Travail Annuel (PTA)

Annexe 2 : Tableau Budgétisation des programmes par nature de dépenses

Annexe 3 : Tableau Budgétisation par programmes et par actions

Annexe 4 : Tableau sur l'évolution des résultats techniques attendus

Annexe 5 : Tableau des sources de financement par programme

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 efficiente contre la pauvreté et la recherche de l'émergence économique.

En 2011, le Sénégal a formulé le Document de Politique Economique et Sociale (DPES), validé pour servir de cadre de référence à l'action de l'Etat et des partenaires au développement sur la période 2011-2015.

La priorité accordée à la santé découle des liens étroits entre santé et pauvreté puisque le mauvais état de santé influe négativement sur la croissance 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 l'OMS qui a publié que près de 345 000 ménages sénégalais s'appauvriraient suite aux dépenses de santé.

Au demeurant, pour asseoir un certain niveau de développement à travers le monde, et plus spécifiquement dans les pays pauvres, la communauté internationale avait organisé au début des années 90 la conférence de Beijing, qui avait fixé pour lesdits pays des objectifs de développement jusqu'en 2015. Plusieurs de ces objectifs (OMD) concernent le secteur de la santé et constituent aujourd'hui des repères importants par rapport aux progrès économiques et sociaux réalisés dans les pays en développement.(rappeler ces objectifs brièvement)

Toutefois, au regard des mutations récentes intervenues, le pays se trouve confronté à de nouveaux défis aux plans politique, institutionnel, économique et social. De ce fait, il est apparu indiqué d'opérer des ajustements nécessaires sur le Document de politique afin de mieux adapter la stratégie de développement du pays au nouveau contexte, d'insuffler un nouvel élan et de forger un partenariat plus ambitieux. De surcroît, la disponibilité de données statistiques récentes sur l'état de la pauvreté et la vulnérabilité, ainsi que les développements notés dans certains secteurs (hydraulique, assainissement, urbanisation,...) et la problématique de la décentralisation sont venus renforcer l'impératif d'actualiser le DPES. Ce dernier définit les priorités économiques et sociales et prend suffisamment en considération les aspirations réelles des populations ainsi que l'impératif de développer une économie compétitive porteuse de croissance. C'est dans ce contexte que le Sénégal a élaboré son document de Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES) qui couvre la période de 2013 à 2017.Elaborée selon un processus participatif ayant impliqué

différents groupes d'acteurs tant au niveau central qu'au niveau décentralisé, la nouvelle SNDES met l'accent sur la création de richesses, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations et la demande sociale. Dans un contexte particulier de transition démographique, la prise en charge les questions transversales telles que l'emploi, le genre, la protection sociale et le développement durable s'est avérée opportune.

Dans le domaine de la santé, l'essentiel des orientations déclinées dans la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social couvre la période de 2013 à 2017 sont suffisamment prises en compte dans le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 (PNDS). Dans ledit plan, le Sénégal a affirmé la vision qu'il de la Santé et qui s'intitule : « 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 ».

La mission du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (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).

Le Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT) utilisé jusqu'ici comme pendant sectoriel du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), reposait sur une planification triennale glissante sur la base de laquelle étaient projetés les besoins de financement. Outil d'opérationnalisation du PNDS, le CDSMT était mis en œuvre à travers le Plan de Travail Annuel (PTA).

En 2009, suite à une réforme des finances publiques initiée par l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), le CDSMT a muté vers un Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD) devant mieux matérialiser la GAR à travers les budgets-programmes.

Cette réforme des finances publiques de l'UEMOA et de ses Etats membres a instauré de nouvelles règles de gestion des ressources publiques avec plus de rigueur et de transparence. C'est ainsi que six (6) directives ont été adoptées, imprimant un saut qualitatif dans la gestion des Finances publiques de l'Union.

Ainsi, en application des directives de l'UEMOA, le Sénégal a adopté en 2011 la loi organique n° 2011-15 (LOLF) relative aux lois de finances fruit de la transposition de la Directive n°6/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 relative aux lois de finances passant ainsi, d'une logique de moyens à une logique de résultats. D'autres textes subséquents ont été pris notamment les décrets relatifs à la Nomenclature budgétaire de l'Etat, au règlement général

sur la Comptabilité publique, au Plan comptable de l'Etat et au Tableau sur les Opérations financières de l'Etat. Cette réforme sera progressivement appliquée jusqu'en 2017 date de son entrée en vigueur définitive. En son article 51, la LOLF pose le Document de programmation budgétaire Economique et pluriannuelle (DPBEB) comme référentiel de l'élaboration de la loi de Finances. Ainsi, au niveau ministériel, Chaque département est invité à élaborer un document de programmation pluriannuel des Dépenses (DPPD) pour apprécier les résultats attendus de chaque programme en fonction des objectifs poursuivis.

Sous ce rapport, le DPPD santé 2014 – 2016, premier du genre, va poursuivre les objectifs suivants : (i) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles ; (ii) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ; (iii) Renforcer durablement le système de santé ; (iv) Améliorer la gouvernance du secteur de la santé et (v) Améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables.

Après avoir décliné la place du secteur dans l'économie nationale, l'articulation des stratégies sectorielles avec les politiques nationales et la mission du secteur, le document se présente comme suit : le premier chapitre dresse les orientations stratégiques du secteur avec un diagnostic, les résultats de développement du secteur et une définition des Objectifs stratégiques. Au deuxième chapitre la programmation opérationnelle à moyen terme sera définie avec une présentation des Programmes et la budgétisation à moyen terme. Enfin, le troisième chapitre évoquera le dispositif de suivi-évaluation du DPPD.

Dans sa partie 'Annexes', le document présente cinq (5) documents importants, à savoir : le Plan de Travail Annuel (PTA), le Tableau de Budgétisation des programmes par nature de dépenses, le Tableau de Budgétisation par actions et par programmes, le Tableau de l'évolution des résultats techniques attendus et le Tableau des sources de financement par programme.

I. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU SECTEUR

Le PNDS prévoyait pour sa mise en œuvre un cadre institutionnel plus adapté pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixé notamment par la création d'une Direction Générale de la Santé (DGS) pour assurer une meilleure coordination des interventions techniques, l'érection de la Division de la Santé de la Reproduction en Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant (DSRSE), de la mise en place d'une Direction de la Planification de la Recherche et des Statistiques (DPRS) ainsi que des Directions Régionales de la Santé. Cette réforme est prise en charge par le décret 2013-1225 du 04 septembre 2013 portant répartition des services de l'Etat et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la présidence de la république, la primature et les ministères. En outre, ce décret prévoit d'autres directions, agences, services et cellules en rapport avec les défis actuels. Il s'agit notamment de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), de la Direction des Laboratoires (DL), de l'Agence Nationale des Grands Projets Hospitaliers (ANGPH), de la Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle (CACMU).

Concernant les données tirées de la Revue des Dépenses Publiques (RDP) 2003-2008, l'on constate/relève une forte évolution du volume de financement au cours de cette période. En dehors des collectivités locales toutes les sources de financement ont contribué au-delà des prévisions initialement fixées. Cette tendance à la hausse a connu toutefois un ralentissement à partir de 2011. En référence à l'année 2010, une baisse de 18,86% du budget de fonctionnement hors personnel de l'Etat a été notée pour l'année 2011 et 18,43% pour l'année 2012.

Les objectifs de la politique de financement sont essentiellement identiques aux buts du système de santé : favoriser une protection universelle contre les risques, favoriser une répartition plus équitable de la charge que représente le système de santé, favoriser l'utilisation et une prestation équitable de service compte tenu des besoins auxquels ces services répondent, améliorer la transparence et la responsabilité du système vis-à-vis de la population, favoriser la qualité et l'efficacité de la prestation de service, améliorer l'efficacité de l'administration du système.

L'augmentation des ressources pour assurer une protection sanitaire à la dimension de la vision exprimée pour le secteur reste une priorité pour améliorer la qualité des services offerts aux populations sur l'intégralité du territoire national. Le Ministère en charge de la santé et de l'Action Sociale veillera en priorité à une meilleure utilisation des ressources allouées au secteur qui sont en constante progression.

La Gestion Axée sur les Résultats (GAR), adoptée à tous les niveaux de l'administration et de la pyramide sanitaire, garantira l'efficacité dans la mise en œuvre du DPPD. L'amélioration du volume et de la qualité de l'offre globale de santé, condition nécessaire à la satisfaction des

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

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

L'approche multisectorielle devra tirer profit des opportunités que sont : (i) le partenariat à rechercher avec les ministères et les acteurs privés qui mènent des activités de santé, (ii) le partenariat à rechercher avec les ministères en charge des déterminants de la santé pour réduire le fardeau de morbidité et les dépenses négatives de santé du MSAS.

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

Par ailleurs, dans le cadre de ses engagements à l'IHP+ (Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées) le Sénégal a procédé à l'élaboration et à la signature du Compact Santé. Le Compact Santé constitue un pacte national, un engagement éthique et moral entre le Gouvernement du Sénégal et ses Partenaires Techniques et Financiers visant à renforcer le système de santé et à atteindre les OMD. Dans ce même sillage, un cadre programmatique de développement du secteur a été élaboré à travers le Programme d'Investissements sectoriel 2011 – 2015 qui reprend les priorités du secteur d'ici 2015 afin d'accélérer l'atteinte des OMD.

(Résumer cette partie succinctement dans une page comme chapeau de l'orientation stratégique avant d'aborder le diagnostic proprement dit. également évoquer le volet action sociale

I.1 Diagnostic du Secteur

I.1.1 Santé de la Mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent

Au Sénégal, l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile constitue un élément essentiel de la politique globale de santé. La lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infantiles demeure une priorité nationale de santé et est bien définie dans les plans nationaux de développement sanitaire (PNDS I et II).

Dans le domaine de la santé maternelle néonatale et infanto juvénile, plusieurs stratégies ont été mises en place pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infanto juvéniles. Le taux de mortalité maternelle a certes régressé mais reste toujours élevé à 392 pour 100000 naissances vivantes. A côté de ces décès maternels, les femmes souffrent de séquelles graves telles que les fistules obstétricales (1 à 7 ‰ des accouchements), le prolapsus (4 ‰ des accouchements), la stérilité, la dyspareunie responsables d'une qualité médiocre de vie et de confort sexuel.

La mortalité néonatale a régressé de 35 à 26 ‰ entre 2005 et 2012 en passant par 29 ‰ en 2010. Malgré les progrès enregistrés, la mortalité néonatale reste la proportion la moins évolutive de la mortalité infanto juvénile (72‰) et représente à elle seule 40% de la mortalité dans cette tranche d'âge, ainsi elle continue d'être un frein considérable à la baisse du taux de mortalité. Le taux de prévalence contraceptive a connu une légère augmentation passant de 12.% en 2010 à 16.1% en 2012 mais il demeure toujours faible avec des besoins non satisfaits importants (29,4 % en 2010) et ce quelque soit le niveau socio-économique, l'âge, le niveau d'instruction ou la région et une forte disparité dans le TPC entre le milieu rural et urbain (7 % vs 20 % TPC) et entre les milieux sociaux (femmes instruites ~25 % vs. femmes sans éducation 8 %).

Dans le domaine de la survie de l'enfant, la dynamique de baisse progressive des indicateurs s'est confirmée au cours des dix dernières années comme en attestent les résultats de l'EDSV-MICS 2010-2011. En effet la mortalité infanto-juvénile est passée de 121 ‰ en 2005 à 72 ‰ en 2010. L'EDS continue de 2012 a révélé un taux de 65‰. La mortalité néonatale a régressé de 35 à 26 ‰ entre 2005 et 2012 en passant par 29 ‰ en 2010. L'enquête PCIME de 2006 confirme que les maladies les plus courantes sont le Paludisme (72%), les IRA (47%) et la Diarrhée (23%) sur fond de malnutrition. Sur le plan nutritionnel, 27% des enfants souffrent d'une malnutrition chronique et 11% de malnutrition aigue. Les résultats montrent aussi une prise en charge correcte du paludisme (95%), des IRA (35%) et de la diarrhée (56%), un index de disponibilité des huit médicaments oraux de 0,63 (l'optimum étant de 1). En outre, depuis plus d'une décennie, des campagnes de supplémentation en vitamine A et de déparasitage biannuel sont régulièrement menées sur toute l'étendue du territoire national.

Par rapport à la santé de la reproduction des adolescents jeunes (SRAJ), les interventions liées à leur santé n'ont toujours pas été prioritaires. Toutefois, il est de plus en plus reconnu qu'en raison de facteurs sociaux, psychologiques et biologiques, les adolescent(e)s et jeunes sont

confrontés à de nombreux problèmes de santé. Les adolescentes ont une part non négligeable dans la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales. En effet, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement constituent la principale cause de décès parmi cette cible. Aussi, elles ont deux fois plus de risque de mourir lors de l'accouchement que les femmes plus âgées. Et leurs enfants courent généralement un risque plus important de décéder que ceux nés de mères plus âgées. Le taux de fécondité qui était de **101** pour mille en 2005 a légèrement diminué en 2010 avec **93** pour mille mais montrant toujours un taux de prévalence contraceptive chez les adolescentes en union presque stagnant : de **4,7%** en 2005 à **5% en 2010 avec** des besoins non satisfaits en PF chez les adolescentes en union (31,1% en 2010). La prévalence des IST chez les filles est passée de **0,9%** en 2005 à **12,6%** en 2010 tandis que chez les garçons elle a diminué de 0,3 point : **0,2%** en 2005 ; **1,7%** en 2010. La prévalence du VIH est restée stable en 2005 et 2010 : **0,2%** chez les filles et **0%** chez les garçons. L'IMC < 18,5 (maigre) est restée presque stagnante chez les filles : **33,8%** en 2005 et **34,5%** en 2010 ; par contre l'IMC ≥ 25 (gros ou obèse) a légèrement augmenté chez les filles : **5,8%** en 2005 et **7,1%** en 2010. L'amélioration des soins pour les adolescentes enceintes est directement liée aux OMD 4 et 5. Le soutien qu'on leur apporte a également un impact sur les OMD 1, 2, 3 et 6. Ainsi une accélération de la mise en œuvre des stratégies s'avère nécessaire et indispensable pour l'atteinte de l'OMD 4 et 5 en 2015.

Forces

- L'élaboration d'une feuille de route multisectorielle pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales (2006-2015) ;
- L'élaboration d'un plan stratégique de la Santé de la Reproduction (2012 -2015)
- La révision en Avril 2010 du document Politique, Normes et Protocoles SR et cela tous les 2ans ;
- La formation continue sur les soins essentiels du nouveau né (SENN), SONU, SAA, PTME, PF, paludisme chez FE, soins aux nouveau-nés, etc...
- le renforcement en équipements des structures de santé en coins du nouveau-né et unités Kangourou
- La prodigation de soins obstétricaux d'urgences aux parturientes présentant des pathologies ou des complications nécessitant un traitement immédiat
- L'introduction de l'approche des blocs de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complets (SONUC) et des Soins Après Avortement (SAA) dans les structures de santé (hôpitaux, centres de santé et postes de santé)
- le renforcement en équipements des structures de santé en coins du nouveau-né et unités Kangourou ;
- La décentralisation, la démedicalisation (délégation) et la démocratisation du programme de planification familiale des services de planification familiale ;
- Le renforcement continu des prestataires sur la technologie contraceptive et les méthodes de longue durée ;
- Elaboration d'un plan d'action national PF 2012 -2015 suivi des plans régionaux
- La mise en place d'un programme Bajenou Gox pour accompagner le programme SR
- Engagement des autorités sanitaires à tous les niveaux (appui institutionnel, priorisation de la nutrition et survie de l'enfant

- Bon maillage du système de santé
- Existence d'un réseau communautaire
- Soutien des Partenaires
- Elaboration du Plan Stratégique SRAJ 2014-2018 (en cours)
- Partage des Standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes avec les équipes cadres de régions et de districts
- Aménagement d'espaces ados/jeunes (espaces d'informations/conseils) dans la région de Tambacounda et dans le district de Dagana
- Désagrégation des données par tranches d'âge dans les rapports de zone
- Multiplicité des intervenants dans la SRAJ
- Interventions multisectorielles
- Intégration de la SRAJ dans les documents de Politiques, Normes et Protocoles

Faiblesses

- Insuffisance des ressources humaines de qualité et de ressources matérielles et financières
 - Accessibilité géographique et financière limitée
 - Barrières socio culturelles
 - Insuffisance de la qualité des services
 - Rupture de stock de Vitamine A en dehors des périodes de campagnes du au fait que la vitamine A n'est pas encore intégrée dans le circuit des dépôts de médicaments;
 - Maîtrise insuffisante des techniques de diversification en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant;
 - Insuffisance de la sensibilisation sur l'ANJE
 - Insuffisance de la disponibilité des produits pour l'alimentation complémentaire;
 - Recours tardif aux soins pour les affections chez les enfants
 - Insuffisance dans l'adoption des comportements clés dans le PCIME Communautaire
 - Faible coordination de la SRAJ
 - Faible intégration de la SRAJ dans l'offre de services SR/VIH
 - Prise en compte insuffisante de la SRAJ dans les programmes de santé
 - Faible niveau de compétence des prestataires dans le domaine de la communication avec les adolescent(e)s et jeunes en SR et dans le domaine des droits et devoirs humains
 - Irrégularité de la supervision formative sur la SRAJ au niveau des points de prestation des services
- Menaces
- Gap de financement

Opportunités

- Réponse « Appel à l'action pour la promesse Renouvelée sur la Survie de l'enfant» lancé en Juin 2012
- Financement plan de sur la sécurisation des produits d'importance vitale d'Octobre 2012 à Abuja

- Renouvellement engagement et leadership pour « la promesse renouvelée» en Janvier 2013 à ADDIS ABEBA
- Elaboration plan d'accélération Survie de l'enfant (2013-2015)
- Gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans
- Volonté politique à faire de l'intégration de la SRAJ et du VIH une réalité au plan national.
- Erection du bureau SRAJ en Division
- Soutien des partenaires techniques et financiers
- Défi de l'atteinte des OMD 4 et 5 sur la réduction de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle
- Tenue de la CIPD en 1994, tournant décisif pour la prise en compte des besoins des adolescent(e)s/jeunes
- Définition de recommandations stratégiques CIPD après 2014 pour la santé et les droits pour tous en matière de sexualité et de procréation
- Définition en 2008 à Washington d'une Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescent(e)s et des jeunes

Comme défi majeur le programme 1 met l'accent sur :

- la maternité à moindre risque,
- la prise en charge communautaire de la femme enceinte,
- la planification familiale,
- la santé néonatale,
- la lutte contre la malnutrition,
- la survie de l'enfant,
- la santé de la reproduction des adolescents
- la vaccination.

I.1.2 Prévention et la prise en charge de la maladie

Pour traduire la vision de la politique nationale en matière de santé, le gouvernement du Sénégal, à travers le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, veille à l'équité dans l'accès aux soins préventifs, curatifs et promotionnels des populations pour garantir leur productivité sociale avec un focus sur les groupes vulnérables.

Les maladies tropicales négligées (MTN), les maladies non transmissibles (MNT) qui concernent les Maladies chroniques à soins coûteux, et les maladies transmissibles, notamment le sida, le paludisme et la tuberculose, constituent les principales causes de morbidité et de mortalité. Ainsi, elles seront traduites en action dans le cadre de l'élaboration du présent DPPD.

Ces différentes actions du CDSMT 2014-2016 sont prises en compte dans le nouveau document du DPPD 2014-2016 à travers les principales d'activités suivantes :

- La lutte contre le Paludisme ;
- la lutte contre la Tuberculose ;
- la lutte contre la Bilharziose et les Géo helminthiases ;
- la promotion de la santé oculaire ;
- la lutte contre la lèpre ;
- la lutte contre le sida et les IST ;
- l'élimination de la filariose lymphatique ;
- la lutte contre l'Onchocercose

1. Les Maladies Tropicales Négligées : MTN

Elles constituent un groupe d'infections invalidantes, qui affectent plus d'un milliard de personnes à travers le monde, notamment dans les zones rurales en Afrique et constituent un piège pour les personnes pauvres.

Dans la Région africaine de l'OMS, le Sénégal a été choisi comme pays pilote au même titre que 5 autres pays (Angola, Bénin, Cameroun, Madagascar et la RCA) pour la lutte contre les MTN. Pour cela, le Sénégal s'est inscrit dans cette initiative mondiale et a rédigé un nouveau « Plan stratégique (2011 – 2015) de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) ».

Dans le cadre de ce plan, le défi majeur est de porter à l'échelle nationale les campagnes de chimiothérapie préventive de masse pour couvrir l'ensemble des districts sanitaires où ces maladies sont co-endémiques.

Grâce à ces documents de références, le Sénégal bénéficie alors de l'appui de partenaires financiers pour mettre en œuvre des activités de formation et de chimiothérapie préventive sous forme de traitement de masse par l'utilisation de différents médicaments antihelminthiques (albendazole, ivermectine et praziquantel) et anti-trachomateux (Azithromycine).

Des campagnes de distribution de médicaments de masse (DMM) sont soutenues par des activités régulières de sensibilisation, de communication et un monitoring à base communautaire.

La lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) est basée sur une gestion intégrée de certaines maladies comme : ***les Schistosomias, les Géohelminthiases, la Filariose lymphatique, l'Onchocercose, le Trachome, le Ver de Guinée, la Rage, la Dengue et la Leishmaniose cutanée.***

2. Les maladies non transmissibles (MNT) : Maladies chroniques à soins coûteux (l'HTA, le Diabète, certains cancers, les affections respiratoires chroniques...)

Les maladies non transmissibles (MNT) regroupent habituellement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les maladies rénales, le diabète et les maladies mentales. Pour des raisons épidémiologiques, le Sénégal y a associé certaines maladies génétiques comme la Drépanocytose, l'Hémophilie, les maladies bucco dentaires et oculaires. L'Hépatite virale B devrait figurer dans ce cadre ; en effet l'hépatite chronique requiert des soins coûteux sans lesquelles l'évolution se fait vers la cirrhose et le cancer du foie.

Les activités suivantes seront privilégiées :

- la surveillance épidémiologique avec des enquêtes de prévalence et des études sur les facteurs de risque. A ce propos la réalisation de l'enquête STEPS est une impérieuse nécessité ; elle est prévue en aout 2013
- l'organisation de la célébration des différentes journées mondiales de lutte contre les maladies concernées (cancers, diabète, etc.).
- l'élaboration d'un projet pilote de dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus dans le district sanitaire de Thiès mais qui peine à être mis en œuvre faute d'indisponibilité de ressources ;
- la gratuité de la séance de dialyse rénale
- la construction de centres de dialyse (extension du centre de dialyse de l'HALD fonctionnel, les autres en cours de construction)
- des séances de dépistage des maladies cardio vasculaires, du diabète et des lésions précancéreuses du col de l'utérus ont été menées par le mouvement associatif avec l'appui du MSAS. Cependant, elles n'ont pas été assez structurées pour couvrir l'ensemble du territoire national ;
- un projet de contrôle des facteurs de risques communs aux MNT par un dépistage est toujours en cours d'exécution dans la commune de Saint Louis.
- la prévention des maladies chroniques et la communication pour la promotion d'un mode vie sain, alliant une alimentation pauvre en sucres, en sel, en gras à la pratique régulière d'exercice physique
- le dépistage précoce et la prise en charge ;
- la mise en place de moyens appropriés de diagnostic et de prise en charge à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- la création de centres de référence fonctionnels (« construction », équipements adéquats et personnels qualifiés) pour certaines maladies à soins coûteux comme le diabète et les cancers
- 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.

3. Les maladies transmissibles : le sida, le paludisme et la tuberculose

La lutte contre les maladies transmissibles est une des priorités du ministère de la santé et son érection en programmes nationaux vise à contribuer plus efficacement à la réduction de la charge de morbidité et de mortalité liée aux affections comme le VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme, la lutte contre ces endémies constitue un des OMD.

Le Paludisme :

La lutte contre le paludisme présente les forces suivantes :

- Fort engagement politique au plus haut niveau (déclaration du PR pour être porte-parole des Pays endémiques pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre les 3 maladies financées par le FM (avril 2013) ;
- La lutte contre le paludisme demeure une priorité nationale ;
- La lutte contre le paludisme figure en bonne place des initiatives nationales en vue de l'atteinte des OMD ; dans la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), remplacée par la Stratégie Nationale de Développement économique et social (SNDES) 2013-2017 ; Implication des autres secteurs dans la lutte ;
- Mise en place du CCPLP qui se réunit régulièrement ; il en est de même des commissions techniques (experts /conseillers techniques) ;
- Organigramme du PNLP comporte l'essentiel des points focaux pour toutes les thématiques ;
- Existence d'un point focal palu dans chaque district ;
- Existence d'un point focale dans les districts ciblés pour la pré élimination ;
- Plus de 75% des activités des partenaires sont conformes au plan stratégique (activités orphelines) ;
- Existence de plan et de rapport pour maximiser les bénéfices sur les allocations du Fonds mondial, de la BM (PEGIRE) et du PMI ;
- Le PNLP satisfait les conditions nécessaires pour la logistique et la liaison avec tous les districts ;
- Participation du PNLP aux réunions de revue et de planification annuelles de l'OMS et de WARN.
- Possibilité offerte par le FM de reconduction phase 2 du R10 ;
- PGIRE II serait élaboré en 2013 ;
- Possibilité de financement d'un projet de lutte par la BID
- Disponibilité du secteur privé à intervenir dans la lutte contre le paludisme (Messi et M.Gates) .

La lutte contre le paludisme rencontre des faiblesses de plusieurs ordres. Pour les circonscrire il serait nécessaire de veiller à gérer :

- L'insuffisance du budget de l'Etat alloué à la Santé (12%) et du budget de la santé alloué au PNLP (0,5%) ;
- La non maîtrise de la contribution directe des autres secteurs dans la lutte contre le paludisme ;
- L'inexistence de sous-comités des experts/groupes de travail sur les thématiques du paludisme dans les régions et les districts ;

- La cartographie des intervenants dans la lutte contre le paludisme ne renseigne pas sur le personnel des autres secteurs ;
- L'inexistence du plan pour le rapport des réunions trimestrielles et de la réunion annuelle sur le paludisme ;
- l'inexistence de plan de travail annuel du CCP-LP, cependant des réunions trimestrielles et semestrielles sont tenues avec des rapports produits ;
- l'irrégularité des réunions inter-pays sur le paludisme surtout au niveau transfrontalier.

La Section de Lutte Anti Parasitaire (SLAP) :

Depuis 2004, un projet de réhabilitation de cette structure a été élaboré mais peine à trouver un financement pour sa réalisation. La SLAP est un centre de référence du PNLP et doit poursuivre sa mission et s'engager d'avantage à accompagner la « croisade » pour vaincre le paludisme au Sénégal.

L'exécution correcte et complète des missions du centre de référence à savoir, la réalisation des enquêtes épidémiologiques, l'encadrement des stagiaires des écoles de formation sanitaires du pays, l'exécution des protocoles de recherche ainsi que la formation et la supervision des équipes de districts, passent impérativement par la réalisation de cette réhabilitation.

La Tuberculose :

La lutte contre la tuberculose présente des forces, faiblesses, opportunités et menaces qui sont les suivantes

Forces

- Système d'information programmatique satisfaisant ;
- Indicateurs de performance en progression par rapport à la situation de 2005 ;
- Présence depuis le R10 d'un acteur de la société civile comme BP2 chargé du volet des interventions communautaires à l'échelle nationale ;
- Introduction de nouvelles technologies diagnostiques au LNR à travers le Fonds Mondial, Expand TB et USAID/FHI ;
- Prise en charge de la tuberculose multi résistante avec des perspectives de décentralisation au niveau périphérique ;
- Renforcement des mécanismes de collaboration TB/VIH
- Renforcement des ressources humaines et des équipements du programme ;
- Elaboration des documents référentiels de APSR, TB enfant MDR, Plan stratégique.

faiblesses

- Problèmes de mise en œuvre d'une enquête de prévalence pour comprendre la faible progression du taux de détection de la tuberculose (58%)
- Insuffisance du budget de l'Etat alloué au PNT et financement des médicaments de deuxième ligne totalement dépendant de l'extérieur
- Implication timide des autres secteurs et des collectivités locales dans la lutte ;

- Insuffisance de la contribution du secteur privé dans la prise en charge de la tuberculose y compris la capitalisation des données ;

Opportunités

- La volonté politique de l'Etat à lutter contre l'endémie tuberculeuse est réelle ;
- La tuberculose est un Objectif du Millénaire pour le Développement ;
- Le PNT est bénéficiaire du round 10 du Fond Mondial pour la période 2012-2016 ;

Menaces

- Financement trop dépendant de l'extérieur
- Augmentation des cas de TBMR dont la prise en charge est onéreuse

Le VIH/SIDA :

Contexte :

Au Sénégal, la prévalence du VIH est relativement faible et stable au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans (0,7%, EDS-MICS 2010-2011). Cependant, elle reste élevée dans les groupes les groupes à risque comme les Travailleurs de sexe (TS) avec 19,8%, les Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ou MSM avec 21,8%, les utilisateurs de drogue par voie injectable avec 9,4 %. Par ailleurs, on note une féminisation de l'épidémie avec une prévalence VIH de 0,9% chez les femmes contre 0,4% chez les hommes.

Forces :

La réponse à l'épidémie VIH est caractérisée par sa précocité, la durabilité du succès enregistré dans la prévention < 25 ans >, par la pro activité dans la thérapie antirétrovirale et par un leadership au plus haut niveau. La mise en œuvre des différents plans stratégique a permis de capitaliser un certain nombre de résultats :

- Le nombre de nouvelles infections est passé de 5000 en 2009 à 2000 nouvelles infections en 2012.
- Le contrôle sanitaire des Travailleurs de sexe (TS) est effectif avec un suivi régulier de plus de 10000 TS chaque année.
- La prise en charge des groupes vulnérables est assurée à travers des centres IST ouverts dans les 14 régions.
- La sécurité de la totalité des poches de sang utilisées est réalisée
- Le passage à l'échelle du CDV qui est disponible jusqu'au niveau des postes de santé
- La couverture satisfaisante de la PTME dans toutes les régions
- La décentralisation de la PEC des PVVIH dans toutes les régions avec une couverture de plus de 78% des besoins en traitement ARV et un taux de survie des patients à 12 mois de 72%
- La disponibilité de la loi sur le VIH/sida

Faiblesses :

- Les services de CDV ne sont pas toujours disponibles en zone de sécurité
- Les stratégies pour le CDV ne sont pas suffisamment orientées en direction des groupes vulnérables.
- Dans le domaine de la PTME, un nombre important de femmes enceintes n'accèdent pas aux structures de sante.
- La déperdition persiste dans la chaine de proposition/acceptation/réalisation chez les femmes enceintes
- La prophylaxie ARV non disponible au niveau de tous les postes de sante
- Dans la prise en charge, on note une difficulté d'accès pour le dosage des CD4 et de la charge virale au niveau des districts
- La survenue de résistances a certains ARVs
- Une insuffisance dans la prise en charge pédiatrique
- Un cout élevé des traitements de 2eme et de 3 eme ligne
- Une insuffisance des ressources humaines de qualité

Opportunités :

- La réponse au VIH bénéficie d'une forte implication communautaire et du secteur prive
- La couverture nationale des services de transfusion avec le renforcement du système de sante
- L'engagement des chefs d'Etats de l'Union Africaine pour l'objectif d'élimination en 2015 de la transmission mère enfant du VIH.
- Le défi de l'atteinte des OMD 4 et 5 sur la réduction de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle.
- L'engagement du Sénégal de 2006 pour l'accès universel aux services de soins et de traitement pour les PV/VIH .

Perspectives :

- Améliorer l'accès aux services de qualité CDV : dépister 458 328 personnes en 2014 et 504 161 en 2015.
- Assurer la couverture en paquet de services de qualité en PTME : dépister 378 520 femmes enceintes en 2014 et 427 747 en 2015.
- Améliorer la qualité de la prise en charge des PVVIH : mettre sous ARV les PVVIH de plus de 15ans à 20961 en 2014 et 23318 en 2015. Pour les enfants de moins de 15ans mettre 2935 sous ARV en 2014 et 3084 en 2015.

I.1.3 Renforcement du système de santé

L'offre de services de santé présente encore beaucoup d'insuffisances malgré les nombreux programmes nationaux d'une part et, d'autre part, les efforts d'adaptation du système et les

initiatives non moins pertinentes issues de rencontres nationales et sous régionales : On peut citer :

(faiblesses)

- L'inaccessibilité géographique, financière et socio culturelle,
- Les paquets de soins non harmonisés, pas toujours appliqués et faiblement en harmonie,
- Le non-respect des normes pour les équipements et les infrastructures
- L'inexistence d'un système de maintenance fonctionnel
- Des ressources humaines caractérisables en insuffisance et manque de qualification,
- La faible maîtrise de la gestion des médicaments,
- Le non-respect de la carte sanitaire,
- Les modalités de la Référence et Contre Référence non correctement appliquées entre les différents niveaux des structures sanitaires,
- La Convention hospitalo-universitaire mal exécutée,
- L'intégration non optimale du niveau communautaire dans la pyramide sanitaire,
- Le financement globalement insuffisant certes, mais mal administré
- La faible fonctionnalité du système d'information sanitaire à des fins de prise des décisions

Quelques forces sont identifiées :

- La carte sanitaire définit les types de structures par niveau et le modèle de structures,
- Par rapport aux ratios OMS pour les poste de santé, les normes sont atteintes,
- Existence de la Direction chargée des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
- Existence d'infrastructures du secteur parapublic, des autres ministères et du secteur privé qui viennent renforcer les infrastructures du Ministère chargé de la santé.

L'amélioration de l'accessibilité e à l'offre de soins et services de qualité passe par un certain nombre de paquets de prestations en termes de :

a) La gestion des services

- Un renforcement de la gestion de la carte sanitaire,
- Une mutualisation effective des hôpitaux du fait de leur proximité,
- Un renforcement du partenariat Public/Privé dans la prise en charge médicale et psychosociale des patients afin d'élargir le potentiel de l'offre.
- un meilleur ciblage des interventions à haut impact ;
- supervision effectivement assurée par des agents compétents en plus d'un suivi et une application stricte des protocoles

b) Equipements, infrastructures et maintenance

- dotation en équipements médicaux de certaines spécialités chirurgicales et médicales lourdes,
- ,
- mise en normes des hôpitaux en termes infrastructures et équipements d'aide au diagnostic
- implication effective des collectivités locales dans l'élaboration et la mise en œuvre de la carte sanitaire est certainement une dimension stratégique à retenir.
- mise en place d'un système de maintenance fonctionnelle
-

c) Ressources humaines

- l'affectation et le maintien du personnel médical et para médical et spécialisé dans des régions périphériques.
- l'adaptation de la formation du recrutement et des affectations du personnel aux besoins identifiés par la carte sanitaire,
- réalisation d'un contrôle effectif et pérenne de la qualité de la formation dans les écoles de renforcement du partenariat Privé/public,
-

d) Médicaments :

- La disponibilité continue des produits pharmaceutiques dans les structures sanitaires à tous les niveaux,
- la rationalisation de l'utilisation des médicaments,
- L'augmentation du nombre des Inspecteurs en pharmacie,
- L'élimination progressive des médicaments de la rue.

e) Référence contre référence

L'actualisation du manuel R.C.R en impliquant tous les acteurs.

f) Système d'information sanitaire

L'exploitation du système d'information sanitaire à des fins de gestion, notamment des acquis importants que sont :

- L'existence d'une application (« SYSNIS ») pour remonter les données de routine du niveau périphérique au niveau central depuis 2009.
- L'introduction prochaine du logiciel DHIS 2 pour harmoniser avec certains pays de l'OOAS dans le système de santé.

I.1.4 Gouvernance sanitaire

Le Programme "Gouvernance sanitaire met en route la planification technique et budgétaire des services à travers les Plans de Travail Annuel (PTA) et les exercices de CDSMT devenus DPPD. Le système de planification du secteur de la santé et de l'action sociale comprend un

plan stratégique décennal PNDS (2009-2018), un plan triennal glissant DPPD et le PTA qui prend en compte les plans opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé).

Il y'a lieu de noter que des insuffisances ont été identifiées et tournent autour de plusieurs points considérés comme faiblesses de ce programme :

- Des dysfonctionnements dans le processus de planification
- Défaut de coordination des interventions des partenaires et de la définition des priorités nationales en fonction de l'aide extérieure
- La faiblesse du leadership au niveau du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale impacte négativement sur le processus de formulation, de mise en œuvre et de suivi des politiques et réformes en santé mais aussi sur la coordination des actions de santé relevant d'autres départements ministériels
- Des disparités dans le financement des programmes à différents échelons de la pyramide sanitaire liées à l'absence de critères pertinents et partagés d'allocation des ressources
- La non-appropriation du CDSMT comme cadre de programmation et d'exécution budgétaire par les acteurs du secteur qui s'expliquait en partie par l'absence de cadre juridique qui soutend l'exercice de CDSMT contrairement au DPPD qui lui présente cet avantage
- La nécessité du contrôle citoyen et de la participation communautaire : les comités de santé ont significativement contribué à l'amélioration de la prise en charge des besoins de santé des communautés, mais ont révélé, dans leur organisation et leur fonctionnement des insuffisances notamment une faiblesse organisationnelle et le non respect des textes législatifs et réglementaires.
- Le défaut d'application intégrale des dispositions du cadre juridique concernant la santé publique au Sénégal.
- Une faible culture de reddition et de transparence dans les actions et processus décisionnels.

Pour ce qui concerne les forces de ce programme on peut noter :

- L'avènement du DPPD avec son cadre juridique à la place du CDSMT qui n'en disposait pas.
- La capacitation d'un nombre important d'agents du MSAS sur la GAR et sur le processus de planification.
- L'harmonisation et la mise à disposition de documents de planification de même que leur mécanisme de suivi.
- La signature du Compact-Santé et la mise à disposition du Programme d'Investissement Sectoriel 2011-2015.

I.1.5 Appui aux groupes vulnérables

L'instabilité institutionnelle de la santé et de la l'Action sociale n'a pas permis de bâtir une synergie entre les deux secteurs. En atteste, le difficile accès des groupes vulnérables aux services de santé.

L'Action sociale a toujours souffert d'une insuffisance de ressources publiques ce qui a été l'origine du déficit en infrastructures et en ressources humaines. Tout cela n'a pas permis d'apporter une réponse adéquate à la demande sociale.

- Les trois projets en cours d'exécution (PAPA, RBC, VRS) souffrent tous de manque de logistique ;
- le projet Villages de Reclassement Social (VRS) devra être réorienté avec la perspective d'abrogation de la loi 76-03.

Le secteur de la Santé travaillait sur la base de quatre programmes fonctionnels du CDSMT qui ne prenaient pas suffisamment en compte le secteur de l'Action sociale.

I.2 Résultats de développement du secteur

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 2010 – 2012.

Indicateurs	Résultats 2010	Résultats 2011	Cibles 2012	Résultats 2012
CPG (consultation primaire globale).	57%	57%	60%	
Taux de couverture PENTA3 (ou DTC3).	86 %	94%	90%	
Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié	47,8%	65%	60%	65%
Prévalence VIH dans la population générale*	1,5%	0,5%	<1%	0,7%
Prévalence de l'insuffisance pondérale**	9%	8%	13%	
Part de la santé dans le budget de l'Etat*** (fonct. Invest.) hors dette	Fonct	13,6%	ND	13%
	Invest	3,4%	1,8%	

Sources : Annuaire Statistique/MSAS, PNLS, DAGE, CDSMT 2011-2013, PRN

Note :

Les cibles de l'année 2012 sont celles retenues dans le CDSMT 2012-14, DPES et SNDES ;

*données de population générale concernent les années EDS ; celles des sites sentinelles, couvrent uniquement les femmes enceintes.

** le taux enregistré pour cet indicateur ne prend en compte que la zone d'intervention du PRN.

***le taux enregistré pour cet indicateur est séparé en fonction de l'investissement et du fonctionnement pour faire ressortir les efforts de l'Etat en direction du secteur de la santé pour ces deux composantes du financement.

Dans le DPES, le taux de Consultation en CPN 4 est considéré comme indicateur, avec une cible de 83% pour l'année 2012.

Quand au taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié, l'objectif de 60% pour 2011 a été largement atteint avec un résultat de 65%, ce qui a permis de revoir l'objectif de 2012 à la hausse soit une cible 72%.

Par rapport au taux de couverture en Penta 3, les résultats sont insatisfaisants avec une contre performance très appréciable en 2011, où les résultats de 83% sont en dessous de l'objectif du programme et des résultats des années précédentes. En outre, dans le DPES, la cible retenue est la Proportion d'enfants âgés de 0-11 mois complètement vaccinés avec un objectif de 90% en 2012.

En ce qui concerne l'insuffisance pondérale, le taux de 8% enregistré en 2010 ne prend en compte que la zone d'intervention du PRN. L'EDS en cours pourrait renseigner de manière exhaustive cet indicateur.

Pour 2012, l'indicateur retenu dans le nouveau document de référence SNDES, est « le pourcentage d'enfants de 0-5 ans bénéficiant de service de nutrition » avec une cible de 55% en 2012.

S'agissant du budget alloué au secteur de la Santé, on note un taux de 10,2 % pour le fonctionnement soit un léger fléchissement de 3,6 par rapport à 2010. Pour ce qui est de l'investissement, le taux demeure faible et se situe seulement à 1,8%.

Pour le Secteur de l'Action sociale, les résultats de développement suivants ont été enregistrés :

- **PAPA :**
 - célébration de la journée internationale des personnes âgées le 1^{er} Octobre 2012 ;
 - financement de quatre vingt cinq (85) micro-projets d'autonomisation ;
 - Appui au fonctionnement de la fédération des associations de retraités et personnes âgées (FARPAS) ;
 - Appui pour l'organisation de l'assemblée générale de la FARPAS
- **RBC :**
 - Célébration de la journée internationale des personnes handicapées le 3 décembre 2012 ;
 - Financement de 150 GIE de personnes handicapées ;
 - Achat et distribution aux personnes handicapées de 42 fauteuils roulants, 80 cannes anglaises, 80 béquilles, 133 cannes blanches, 28 appareils auditifs, 30 appareils optiques ;

- Appui scolaire et à la formation professionnelle pour 11 enfants et jeunes handicapés ;
- Subvention à 40 organisations et structures d'encadrement de personnes handicapées ;
- Elaboration d'un dossier technique relatif à l'établissement du certificat de handicap ;
- Elaboration d'un projet de confection de la carte d'égalité des chances.
- VRS :
 - Célébration de la Journée mondiale de la lèpre ;
 - Financement de GEC, de comités de santé, de GIE de femmes et de 4 projets d'autonomisation ;
 - Appui alimentaire aux 15 pensionnaires du centre d'hébergement de koutal ;
 - Appui alimentaire aux PALS (Personnes affectées par la lèpre) vivant seules ainsi qu'aux garderies de teubi et djibelor ;
 - Appui en médicaments aux PALS de teubi et djibelor ;
 - Prise en charge de la formation professionnelle pour 4 jeunes issus des VRS.
 - Construction de 4 logements sociaux et sanitaires et rénovation de 5 logements ;

En plus de ces trois projets, l'Action sociale a eu à :

- distribuer 8787 carcasses de moutons ;

- à satisfaire :

- 1554 demandes de prise en charge médicale sur 1666 enregistrés (soit 93% de taux de satisfaction) ;
- les frais d'ordonnances de deux cas de chimiothérapie et trois cas de dialyse ;
- 800 demandes d'aides pour la tabaski ;
- Subventionner :
 - 47 structures d'encadrement, 29 daaras, 9 écoles et centres de formation ;
 - 4 associations œuvrant dans le domaine de l'enfance ;
 - 5 étudiants issus de familles démunies ;
- Placer 129 élèves en décrochage scolaire pour des formations professionnelles.

I.3 Objectifs stratégiques

La mise en œuvre du PNDS (2009-2018) s'inscrit dans l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux en matière de santé notamment les objectifs de la SNDES et des OMD. Il s'agit plus spécifiquement :

- 1. Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles**
- 2. Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie**
- 3. Renforcer durablement le système de santé**
- 4. Améliorer la gouvernance du secteur de la santé**

Avec le DPPD un cinquième objectif sectoriel concernant le secteur de l'Action Sociale a été intégré, il s'agit de :

Améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables

Les onze orientations stratégiques suivantes ont été retenues dans le PNDS (2009-2018):

1. Accélérer la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles ;
2. Améliorer la Promotion de la santé ;
3. Renforcer la prise en charge de la maladie ;
4. Renforcer la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
5. Développer des ressources humaines;
6. Renforcer des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance ;
7. Améliorer la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux ;
8. Renforcer le système d'information et la recherche en santé ;
9. Promouvoir la gestion axée sur les résultats ;
10. Améliorer les capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière ;
11. Renforcer la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

Pour l'atteinte du cinquième objectif sectoriel, « ***Améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables*** » les orientations stratégiques suivantes sont retenues pour l'Action Sociale:

1. Améliorer la situation des enfants déshérités ;
2. Accroître les capacités d'auto-prise en charge des indigents et groupes vulnérables ;
3. Améliorer l'assistance des personnes en situation difficile.

II. PROGRAMMATION OPERATIONNELLE A MOYEN TERME

Le DPPD 2014-2016 s'articule autour de cinq programmes fonctionnels.

1. **Programme 1 : Santé de la mère du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent** : accélération de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles ;
2. **Programme 2 : Prévention et prise en charge de la maladie** : amélioration de la Promotion de la santé, renforcement de la prise en charge de la maladie, renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ;
3. **Programme 3 : Renforcement du système de santé** : développement des ressources humaines, renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance, amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux, renforcement du système d'information et de la recherche en santé ;
4. **Programme 4 : Gouvernance sanitaire** : promotion de la gestion axée sur les résultats, amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière ; renforcement du partenariat multisectoriel.
5. **Programme 5 : Appui aux groupes vulnérables** : améliorer la situation des enfants déshérités ; accroître les capacités d'auto-prise en charge des indigents et groupes vulnérables et améliorer l'assistance des personnes en situation difficile.

II.1 Présentation des programmes

II.1.1 Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent

La santé maternelle, néonatale et infantile, 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 sera 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.

Dans le cadre de l'exécution du Document De Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD), plusieurs activités sont prévues dans le programme 1 Santé de la mère du nouveau né, de l'enfant et de l'adolescent. Il s'agit notamment de :

- Renforcer 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 PPS

- Renforcer la surveillance de la grossesse pour atteindre une couverture adéquate en CPN de qualité
- poursuivre la généralisation de l'assistance à l'accouchement
- généraliser l'audit des décès maternels et néonataux au niveau des EPS et des centres de santé avec une initiation à l'autopsie verbale au niveau communautaire
- poursuivre l'extension des activités des soins obstétricaux et néonataux d'urgence y compris les soins après avortement. L'extension des soins après avortement dans les régions met l'accent sur le renforcement des capacités du personnel, le renouvellement des kits d'Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) et l'application du modèle communautaire des SAA
- Renforcer de manière continue les capacités des prestataires
- Renforcer 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
- Développer une stratégie intégrée de communication pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.
- poursuivre l'équipement des Bajenu Gox en outils de gestion, en moyens de communication, en badges, etc dans tous les districts
- rendre disponible au niveau des PPS et de la communauté une gamme élargie de Méthodes Contraceptives ;
- poursuivre la délégation des tâches pour l'offre de méthodes contraceptives au niveau structures (MLDA) et niveau communautaire (offre PC et injectable) ;
- Améliorer l'offre de service de qualité au niveau des points de prestation
- Améliorer l'offre de service de qualité par des stratégies avancées intégrées
- Améliorer et Extension du paquet de service au niveau communautaire
- Augmenter la demande et l'utilisation des services
- Améliorer la coordination et le suivi évaluation

Plus spécifiquement :

- Passage à l'échelle de la PCIME c et communautaire révisée
- Gestion communautaire des IRA et de la diarrhée
- Supplémentation généralisée intermittente en fer des enfants
- Routinisation de la vitamine A
- Intégration curricula de formation de base PCIME
- Renforcement et bonne couverture en TETU
- orienter les membres des équipes cadre de régions et de districts et des autres secteurs sur les Standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes ;
- aménager des espaces ado/jeunes dans les structures sanitaires ;
- doter les districts sanitaires en outils de gestion et matériel IEC ;
- renforcer les capacités des prestataires de santé sur la Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes ;
- orienter les pairs-éducateurs (aides-ados/jeunes) sur la Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s/Jeunes ;

- sensibiliser les adolescent(e)s/jeunes au dépistage volontaire du VIH ;
- assurer la disponibilité des vaccins, des consommables, de la chaîne de froid adéquate, de la logistique roulante et des prestations de services de qualité garantissant la sécurité des injections ;
- organiser au moins deux passages des JNV dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite ;
- organiser au moins 3 réunions de monitoring chaque année
- tenir régulièrement des supervisions intégrées dans les RM et Districts ;
- mettre en œuvre des activités de vaccination de masse en cas de besoin pour prévenir ou contenir des épidémies.

II.1.2 Prévention et la prise en charge de la maladie

Le programme prévention et prise en charge de la maladie prend en compte les stratégies de lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles en plus de la prévention.

II.1.2.1 Maladies transmissibles

➤ *Surveillance et riposte face aux épidémies*

Il s'agit au niveau de ce programme d'assurer la surveillance et la riposte face aux épidémies. Renforcer : la surveillance communautaire intégrant les tradipraticiens; la logistique et les équipements 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 à tous les échelons de la pyramide sanitaire et le maintien du fonds de riposte rapide face aux épidémies.

Pour une meilleure opérationnalisation du système de surveillance et de riposte, il est important de mettre en place des normes et protocoles mais également des mécanismes de coordination impliquant les différents acteurs notamment le Réseau National de Laboratoire (RNL), le Service National de l'Hygiène (SNH), la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), le Service d'Assistance Médicale des Urgences (SAMU), la Division de la surveillance épidémiologique, la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM), les Régions Médicales et les Districts Sanitaires.

➤ *Paludisme*

La mise en œuvre de trois plans stratégiques a permis de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité liées au paludisme. Le nombre de cas de paludisme est passé de 1 555 310 cas en 2006 à 174 810 cas en 2009. Le nombre de décès dû au paludisme est passé de 1 863 décès en 2006 à 578 décès en 2009. Le taux de morbidité proportionnelle est passé de 35,72% de cas cliniques en 2001 à 3,07 % de cas confirmés en 2009.

Ces résultats ont conduit le Sénégal à s'engager dans l'élaboration d'un plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le paludisme résolument engagé vers l'accélération du contrôle du paludisme en vue de sa pré-élimination.

L'accès universel à l'ensemble des interventions sera promu pour faciliter la protection des groupes vulnérables et des populations défavorisées. Les zones à forte densité de populations et les zones à forte endémicité seront ciblées dans ce sens pour atteindre rapidement les objectifs fixés. La contribution au renforcement durable du système de santé est aussi une priorité.

Les stratégies et les interventions ciblées du plan sont les suivantes:

- *Lutte anti – vectorielle :*

La disponibilisation et l'utilisation des MILDA

Les Aspersions Intradomiciliaires dans les zones ciblées

La lutte anti larvaire dans les zones ciblées

- *Paludisme et grossesse :*

Le TPI à la SP chez la femme enceinte

L'utilisation de la MILDA par les femmes enceintes durant toute la grossesse

Le traitement de tous les cas de paludisme chez les femmes enceintes vues dans les structures sanitaires (notamment par les ACT pour les cas simple à partir de 2013)

- *Prise en charge des cas :*

La confirmation par la GE ou le TDR des cas suspects de paludisme

La prise en charge des cas de paludisme diagnostiqués conformément aux directives nationales.

- *Epidémies et urgences :*

La détection précoce des épidémies et situations d'urgence

Le contrôler des épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection.

Ces interventions sont soutenus par d'autres ayant trait à la *Gestion des achats et Approvisionnement, la promotion de de la santé, la gestion du programme et au Suivi Evaluation :*

La réactualisation de la politique nationale de prise en charge et de prévention du paludisme conformément aux nouvelles recommandations internationales de l'Organisation Mondiale de la Santé a permis d'adopter en 2013 :

- la Chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de moins de 10ans
- la prise en charge du paludisme simple chez la femme enceinte par les ACT
- le traitement pré-transfert par les rectocaps d'artésunate.

➤ Tuberculose

Le programme national de lutte contre la tuberculose dans la mise en œuvre de ce PNDS a pour but de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité au sein des populations sénégalaises conformément à l'objectif sectoriel d'accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie.

Les données épidémiologiques montrent un taux de détection des formes contagieuses qui progresse timidement (58%) tandis que le taux de détection des toutes formes a atteint 69%.. Le taux de succès thérapeutique est passé de 83 en 2008 % à 85% en 2012.

La collaboration TB-VIH progresse avec une augmentation des tests de dépistage du VIH chez les malades tuberculeux, passant de 28% en 2007 à 79% en 2012, une couverture par la prophylaxie au Cotrimoxazole de 90 % et des antirétroviraux de 49% en 2011 à 64% en 2012.

La mise en place en 2010 d'un dispositif de prise en charge de la Tuberculose multirésistante a permis au pays de démarrer le traitement avec un suivi en ambulatoire de la cohorte.

Les interventions communautaires portées par Plan Sénégal depuis 2012 permettent de développer des paquets de services à l'endroit des populations avec un accent mis sur l'orientation des tousseurs chroniques, la recherche des irréguliers, le TDO et la délivrance de messages clés de prévention et de prise en charge de la maladie.

Le renforcement de la communication intentionnelle en vue d'une meilleure connaissance de la maladie et des interventions mises en œuvre sera prioritaire dans les trois prochaines années.

➤ VIH/SIDA

Le nouveau plan stratégique s'inscrit dans la vision de zéro nouvelle infection, zéro décès lié au sida, zéro discrimination en 2015, et s'est fixé comme objectif prioritaire l'élimination de la transmission mère enfant du VIH, le maintien à moins de 1% de la prévalence VIH dans la population générale, la mise sous traitement de plus de 80% des personnes vivant avec le VIH et qui en besoin, la lutte contre la discrimination des groupes vulnérables et l'application de la loi VIH/sida.

A cet effet, l'accent est mis sur :

- le renforcement des acquis de prévention, de prise en charge et de management ;
- les interventions dans la perspective de l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement ;
- le renforcement des interventions au niveau des groupes vulnérables et exposés à un risque élevé, en tenant compte du caractère concentré de l'épidémie et des facteurs de vulnérabilité ;
- le passage à l'échelle des interventions « Prévention de la transmission sexuelle, CDV, PTME, Traitement ARV » ;
- le renforcement de la dimension genre ;

- l'intégration des Actions VIH/sida/SR/ TB/Paludisme ;
- le respect des droits humains des groupes vulnérables ;
- le renforcement du système communautaire ;
- le renforcement du système de santé ;
- l'amélioration du Three Ones ;
- le partenariat sous régional.

➤ *Maladies Tropicales Négligées*

Le deuxième plan stratégique de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées (MTN) qui couvre la période 2011 2015 est entrain d'être mise en œuvre. Ce plan est basé sur une gestion intégrée de ces maladies et décliné en quatre priorités stratégiques que sont :

- le renforcement de la sensibilisation, le plaidoyer et le partenariat pour l'appropriation du plan par les acteurs aux différents niveaux ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires à la lutte contre les MTN ;
- la mise en œuvre de mécanismes de financement garantissant la durabilité de la lutte contre les MTN ;
- la mise en œuvre dans toutes les zones d'endémie des mesures de prévention, de traitement adéquat et de surveillance des MTN ;
- le renforcement de la coordination, le suivi-évaluation du plan de lutte contre les MTN ainsi que la recherche opérationnelle.

Le plan met l'accent sur les activités de formation et de chimiothérapie préventive sous forme de traitement de masse par l'utilisation de différents médicaments antihelminthiques (Albendazole, ivermectine et Praziquantel) et anti-trachomateux (Azithromycine), utilisant les approches communautaires pour la distribution. La mise en œuvre de ce plan permet de porter à l'échelle nationale les campagnes de chimiothérapie préventive de masse pour couvrir l'ensemble des districts sanitaires où ces maladies sont co-endémiques, grâce à l'appui attendu des partenaires.

Contrairement au premier plan stratégique de lutte intégrée contre les MTN, qui ne prenait en compte que les cinq (5) MTN dites à chimiothérapie préventive de masse, ce présent plan intègre cinq (5) autres MTN dites à « prise en charge ». Il s'agit de maladies qui ne bénéficient pas de campagnes de chimiothérapie préventives de masse, mais plutôt d'une prise en charge thérapeutique au cas par cas. Parmi ces nouvelles MTN incluses, nous avons la Lèpre, la Dracunculose ou maladie du ver de Guinée, la rage, la Dengue et la Leishmaniose cutanée. Pour la lutte contre la rage, il s'agira d'améliorer l'accessibilité géographique et financière du traitement post-exposition et de sensibiliser les communautés et les professionnels de la santé animale et humaine et tous les secteurs impliqués sur leurs rôles et responsabilités face à cette terrible maladie.

II.1.2.2 Maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles (MNT) regroupent habituellement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les maladies rénales, le diabète et les maladies mentales. Pour des raisons épidémiologiques, le Sénégal y a associé certaines maladies génétiques comme la Drépanocytose, l'Hémophilie, les maladies bucco dentaires et oculaires.

Les actions suivantes seront privilégiées :

- la surveillance épidémiologique avec des enquêtes de prévalence et des études sur les facteurs de risque. A ce propos la réalisation de l'enquête STEPS est nécessaire pour la définition du plan de contrôle des facteurs de risque;
- la prévention des maladies chroniques et la communication pour la promotion de comportements sans risque ;
- le dépistage précoce et la prise en charge ;
- la mise en place de moyens appropriés de diagnostic et de prise en charge à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;
- la création de centres de référence fonctionnels (« construction », équipements adéquats et personnels qualifiés) pour certaines maladies à soins coûteux.

➤ *Maladies chroniques à soins coûteux*

Dans ce cadre, la composante cible particulièrement le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et la drépanocytose.

Le but visé est de rendre le traitement plus accessible en renforçant les capacités des services de santé au niveau des régions et districts pour assurer un dépistage précoce et un traitement adéquat. Au besoin, des stratégies mobiles à partir des unités opérationnelles seront mises en œuvre. La prévention par la réduction de l'exposition des populations aux différents facteurs de risque (tabac, alcool, sédentarité, mauvaise alimentation, etc.) devrait être assurée avec une bonne stratégie de communication. La mise en œuvre de toutes ces interventions nécessite une approche communautaire et multisectorielle. Le développement du partenariat aiderait à la mobilisation de ressources additionnelles.

Ainsi pour 2013, une série d'activités sont prévues, à savoir :

Lutte contre le diabète :

- former 25 prestataires sur la prise en charge pratique du Diabète ;
- mettre en place 3 unités de prise en charge du diabète dans 3 hôpitaux régionaux.

Lutte contre les cancers

- former 20 prestataires sur le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus par IVA/IVL- cryothérapie ;
- équiper 2 unités de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus par IVA/IVL- cryothérapie ;
- former 25 agents aux techniques de détection de l'aflatoxine aux moyens kits d'analyse ;
- équiper les brigades d'hygiène en kits de détection de l'aflatoxine ;
- organiser des actions à base communautaire pour sensibiliser les populations sur les méfaits de l'aflatoxine contenue dans certains aliments (arachides, maïs,...).

NB : Budget An 1 : 28.400.000F ; Budget An 2 :16.800.000F; Budget An 3: 11.600.000F pour les 7 régions du bassin arachidier.

Lutte contre l'insuffisance rénale

- Organiser des campagnes de sensibilisation et de dépistage précoce de cas d'insuffisance rénale ;
- Assurer le fonctionnement des sept (7) centres de dialyse rénale;
- Assurer un suivi régulier des activités des sept (7) centres de dialyse.

➤ **Santé mentale**

Les problèmes de santé mentale se posent avec beaucoup d'acuité. Ils n'épargnent aucune catégorie socioprofessionnelle et revêtent des dimensions diverses et variées. A ce jour, seules 7 des 14 régions du pays sont pourvues en structures psychiatriques.

Pour combler le gap, des efforts doivent se faire dans le sens d'une intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires, la promotion de la santé mentale de la catégorie infanto-juvénile, la prise en charge des problèmes liés à l'abus de drogue et des malades mentaux errants.

Les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents constituent aussi une préoccupation. A ce jour, seules deux structures localisées à Dakar (CHNU Fann et CHNP de Thiaroye) sont spécialisées dans la prise en charge des problèmes de santé mentale de la catégorie infanto juvénile. Ces deux structures souffrent d'un grand manque de ressources. Des efforts devraient être faits afin de renforcer le dispositif de prise en charge de la santé mentale des enfants et des adolescents.

Depuis 2008, des séminaires sont régulièrement organisés au profit des professionnels de la santé mentale sur l'observation des bébés et ses applications cliniques. Le but de ce groupe de formation, constitué de professionnels pluridisciplinaires, ayant un champ d'intervention commun (la petite enfance), est d'affiner, grâce à l'observation, les capacités de compréhension de situations complexes (par exemple le personnel d'une pouponnière, d'un service pour enfants psychotiques, d'un service de Pédiatrie...). Ce qui permettra de mettre en place des activités de prévention et d'intervention thérapeutique pour la petite enfance.

L'acquisition d'une unité mère-bébé permettrait d'assurer la prévention et le traitement de certaines relations mère-bébé perturbées.

L'errance des malades mentaux est un phénomène qui prend de plus en plus de l'ampleur dans nos villes et pose des problèmes de sécurité et de prise en charge. Une table ronde multisectorielle sur ce thème a été organisée en 2011. Les recommandations issues de cette rencontre préconisent la mise en place d'une unité mobile équipée pour assurer la prise en charge, l'accompagnement et la réhabilitation des malades mentaux au sein de la communauté.

➤ ***Santé bucco-dentaire***

Faisant partie intégrante du PNDS 2009 – 2018, le plan stratégique de la division santé bucco-dentaire entend accroître également les performances du secteur de la santé en matière de prévention et de lutte contre la maladie. Les actions de santé publique menées, visent à soutenir la mise en œuvre de services de prévention et de promotion, favorables au maintien et à l'amélioration de la santé bucco – dentaire des enfants et de la population en général. Dans le contexte du CDSMT, il convient de préciser les activités à privilégier à l'échelle nationale ainsi que les modalités à respecter pour assurer la qualité optimale des actions à réaliser au cours des prochaines années.

Malgré une amélioration significative de l'offre de services de la santé bucco – dentaire dans le pays, il subsiste une prévalence élevée de la carie dentaire chez les enfants de milieux défavorisés. Nous devons donc porter une attention toute particulière aux inégalités sociales. En plus de renforcer durablement le système de santé, nous devons également maintenir une approche axée sur les personnes à risque élevé de carie dentaire.

Au cours des prochaines années, nos actions seront dirigées principalement vers les enfants. Nous espérons que ces activités favoriseront chez eux l'acquisition de saines habitudes de vie leur assurant une santé bucco – dentaire optimale et son maintien à l'âge adulte. Un programme pilote sera mené dans les communes de Mbour et Goudiry où des données de base sont connues à la suite d'enquêtes menées respectivement en 2005 et 2007.

Les stratégies optées seront, en plus de la formation du personnel paramédical et de l'équipement des structures, la promotion de la santé bucco – dentaire dans le milieu scolaire.

➤ ***Gestion des urgences***

Le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) créé pour une meilleure prise en charge des urgences, est chargé de mettre en œuvre la politique en matière d'urgence. Sa mission principale est d'assurer aux malades, aux blessés, aux femmes enceintes en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins d'urgence appropriés. Ses principales activités sont la régulation médicale des urgences et les transports sanitaires sur l'ensemble du territoire national ; à cela s'ajoutent la gestion des catastrophes, la couverture des événements nationaux religieux, officiels et sportifs.

Le SAMU a élaboré un plan de communication en cours de mise en œuvre. L'objectif de ce plan est de permettre une meilleure connaissance du SAMU par les cibles (populations, personnel médical, partenaires...). La tutelle a apporté son appui par l'affectation d'une secrétaire (permanencière aide à la régulation médicale) et de deux chauffeurs-ambulanciers. Le Groupement National des Sapeurs Pompiers a installé une antenne au niveau des locaux du SAMU pour une régulation commune des urgences médicales par les deux structures au niveau de la région de Dakar. Toutes ces mesures d'accompagnement devront permettre d'améliorer la prise en charge des urgences sanitaires au niveau national.

Cependant les efforts doivent être poursuivis. Il s'agit notamment de :

- mettre à sa disposition une subvention annuelle d'investissement pour la construction du nouveau siège;
- renforcer davantage le SAMU en personnel qualifié dans le domaine de la régulation et des transports sanitaires (médecins urgentistes, techniciens supérieurs en anesthésie-réanimation, Infirmiers, permanenciers aides à la régulation médicale, ambulanciers) ;
- doter le SAMU de moyens logistiques (ambulances médicalisées) pour répondre à la demande en matière d'aide médicale urgente sur tout le territoire national (installation des SMUR régionaux);
- augmenter la subvention annuelle de fonctionnement pour permettre au SAMU d'assurer la prise en charge des accidents graves de la voie publique et des urgences obstétricales ;
- rechercher des partenaires au développement;
- construire des Services d'accueil des Urgences (SAU) et relever le plateau technique des établissements publics de santé.

➤ **Santé oculaire**

Pour améliorer l'offre, une intégration des soins oculaires primaires dans le paquet d'activités minimum au niveau primaire devra être effective dans les structures sanitaires. Tous les infirmiers chefs de poste et agents de santé communautaires seront capacités sur la prise en charge et la référence précoce des affections oculaires. Par ailleurs, au moins une unité de soins oculaires avec offre de chirurgie de la cataracte devra être mise en place dans au moins 2 districts par région médicale.

Pour 2013, l'objectif est d'opérer 14 000 cas de cataractes et 5000 cas de trichiasis. Pour ce faire, il est prévu la formation de 2 opérateurs de cataracte (OPK), 16 opérateurs de trichiasis et près de 400 relais dans les régions de Louga, Kaffrine, Kaolack et Diourbel. Il est aussi prévu la création de 2 nouvelles unités de soins oculaires avec chirurgie de la cataracte dans la région de Kolda (Vélingara et Médina Gounass).

II.1.2.3 Prévention

La prévention qui est le meilleur investissement que nous puissions faire dans le domaine de la santé, 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, etc.

Pour y parvenir, il faut développer une synergie d'actions entre les différents secteurs et dérouler des programmes (hygiène- assainissement et salubrité, potabilisation de l'eau, IEC/CCC) qui peuvent contribuer à l'atteinte de ces objectifs.

➤ **Hygiène et assainissement**

Le Sénégal poursuit une politique soutenue de mise en place d'une stratégie de changement de comportements des populations face à une hygiène alimentaire, individuelle et collective précaire. Pour cela, à travers les structures de prévention et d'hygiène, (la Direction de la Prévention, (DP), le Service National de l'Hygiène (SNH), et le Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé (SNEIPS), le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale cherche à renforcer les capacités des communautés de base aux respects des règles élémentaires d'hygiène et leur adhésion à la politique en matière de santé publique .

L'amélioration des comportements en matière d'hygiène et du cadre de vie est au centre des préoccupations du Gouvernement du Sénégal et constitue un aspect de la demande sociale qu'il faut satisfaire.

Pour ce faire, il est nécessaire de poursuivre le renforcement des capacités des agents de prévention par des activités de formation, de requalification et de recrutement. Il faut aussi équiper les structures en matériels d'intervention et d'informatique afin de mieux répondre aux missions qui leur sont dévolues.

Le ministère de la santé compte, dans le cadre de ce présent CDSMT, mener des activités pour la mise en œuvre des projets suivants

- ✓ Promotion de l'hygiène et de la salubrité dans les daara au Sénégal ;
- ✓ Plaidoyer (réseautage et lobbying) en faveur du sous secteur de l'hygiène ;
- ✓ Caravanes de l'hygiène et de la prévention avec l'acquisition de bus aménagés : « Hygiène-bus » ;
- ✓ la prévention et la lutte contre les maladies liées à l'hivernage la mise en place de stratégies d'implication, de responsabilisation et de participation pour l'appropriation des programmes de santé-hygiène-assainissement aux communautés de base.

➤ **Information Education Communication /Communication pour le Changement de Comportement**

L'IEC/CCC est une sous composante transversale à tous les programmes de santé du ministère. Un plan de communication pour la promotion de la santé, impliquant toutes les structures intervenant dans le sous secteur « Prévention » sera élaboré et mis en œuvre dans une approche multisectorielle.

La mise en œuvre de ce plan de promotion de la santé a pour objectifs de promouvoir l'adoption par les individus, les familles, les collectivités, de comportements favorables à la

santé, de promouvoir l'action inter et multisectorielle et de créer la synergie d'action entre le secteur de la santé, les autres secteurs, les collectivités, les partenaires techniques et financiers, le secteur privé, la société civile, les communautés, les ONGs, les media et tous les autres partenaires, permettant d'agir sur les déterminants de la santé (facteurs personnels, sociaux, économiques, environnementaux, juridiques, etc.)

Le Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé (SNEIPS), maître d'œuvre de l'exécution du plan stratégique national de promotion de la santé, a un rôle de premier plan à jouer dans l'impulsion, la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions ainsi que le renforcement de capacités des acteurs. Il reviendra aussi au SNEIPS d'assurer la documentation, le partage, la capitalisation et la mise à l'échelle de bonnes pratiques et des expériences réussies en promotion de la santé.

Il s'agira aussi pour le SNEIPS de s'orienter de plus en plus dans la recherche socio-comportementale pour davantage produire des plans de communication basés sur des évidences.

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 permettra de responsabiliser les populations dans la prévention de la maladie, de renforcer l'acquisition de comportements favorables à la santé et de faire adhérer la communauté à la politique de santé.

➤ ***Lutte anti tabac***

Le programme de lutte antitabac sera 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.

Le plaidoyer sera permanent pour que des mesures financières et fiscales soient utilisées comme moyens efficaces de 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.

Dans le cadre des activités de sensibilisation, un accent particulier sera mis sur le milieu scolaire de l'élémentaire jusqu'au supérieur (public et privé) qui peuvent constituer des lieux d'initiation au tabagisme.

➤ ***Lutte contre les infections associées aux soins et sécurité sanitaire***

La qualité et la sécurité des soins sont devenues un enjeu de santé publique, et à l'instar de nombreux pays, le Sénégal a adhéré au programme OMS de l'Alliance Mondiale pour la Sécurité des Patients.

En effet, les Infections Associées aux Soins (IAS) constituent l'une des préoccupations majeures pour la sécurité des patients, des personnels soignants et des usagers en général. La lutte contre les IAS repose essentiellement sur :

- la communication/sensibilisation des acteurs ;
- le renforcement des compétences des professionnels de la santé;
- le renforcement des capacités des structures de santé ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action par les comités de lutte contre les IAS dans les structures sanitaires ;
- la mise en place d'une stratégie efficace pour l'hygiène des mains dans les établissements de soins ;
- le bio nettoyage et l'entretien correct des locaux de soins ;
- l'appui à la mise en place d'un système fonctionnel de gestion des déchets biomédicaux intégrant un plan d'amélioration de la sécurité des injections ;
- la prévention et la surveillance des Accidents avec Exposition au Sang (A.E.S) ;
- la maîtrise de la diffusion des BMR (bactéries multi-résistantes) dans les hôpitaux ;
- la surveillance épidémiologique des IAS.

➤ **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 produits et déchets dangereux ;
- Promouvoir des pratiques en matière de sécurité chimique ;
- veiller à l'interdiction des pratiques artisanales d'extraction de métaux lourds tels que le plomb à travers les batteries et matériels informatiques usagés, etc.
- prévenir les problèmes de santé liés aux catastrophes, telles que les inondations, effondrement d'immeubles, etc.

Le MSAS à travers ses démembrements (Centre antipoison, DP, DLM, DPM, DES, DL, SNH) mettra en œuvre des actions en synergie avec le ministère en charge de l'environnement pour le contrôle de la pollution atmosphérique, 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.

➤ **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 l'Action Sociale veut créer un élan favorable à l'implication du

système traditionnel dans le processus du développement sanitaire. Le renforcement des capacités des tradipraticiens permettra une bonne collaboration, un appui à la recherche, une protection et une préservation des savoirs traditionnels.

La présentation du programme lutte contre la maladie est trop longue : veuillez la synthétiser de préférence

II.1.3 Renforcement du système de santé

Le programme renforcement du système de santé prend en charge, en sus du fonctionnement des services, l'offre et la demande de services de santé qui restent une préoccupation majeure des autorités sanitaires et des populations avec les difficultés ci-dessus identifiées dans le diagnostic du secteur.

Pour ce DPPD 2014-2016, les stratégies suivantes sont développées : Il s'agit pour l'offre de service

II.1.3.1 Infrastructures, Equipements Maintenance

Pour les infrastructures, équipements, au niveau central et intermédiaire, les projets bloqués ou en cours seront achevés.

Pour le secteur hospitalier, il s'agit plus spécifiquement de l'achèvement des hôpitaux de Fatick, Ziguinchor, Dallal Jamm, l'Hôpital Régional de Matam de la Maternité de l'hôpital Aristide Le Dantec, la pédiatrie de Thiès, et de l'Institut d'Hygiène sociale.

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.

Ainsi les travaux des régions médicales et des hôpitaux de Sédhiou, Kaffrine Kédougou, pourront débuter en 2015.

Concernant les centres de santé, la même démarche sera adoptée. En conséquence les centres de santé de Goudomp, Samine, Cascas, Médina Gounass, Niakhar, Gandiaye, dont la construction est en cours seront rendus fonctionnels en 2014.

Les centres de santé de Makacoulibantang, Saraya et Dianké Makha seront fonctionnels en début 2014.

La construction de centres de santé liés à l'érection de nouveaux districts débutera en 2014. Il s'agit de : Bounkiling, Sakal, Koki, Keur Momar Sarr, Birkelane, Malem Hoddar, Médina Yoro Foulah, Salémata, Thilogne, Passy, Ndoeffane, Diouloulou et Pout.

Au niveau périphérique, la construction de postes de santé sera poursuivie et concernera prioritairement les 32 communautés rurales non pourvues. Ces postes seront fonctionnels en 2015.

En ce qui concerne l'action sociale, il sera procédé en 2014 à la finalisation des travaux de construction du centre de réadaptation sociale (CRS) de Kaolack centre pour malades mentaux) Les centres de Darou Mousty, et de Bignona (Centres de réinsertion sociale des jeunes inadaptés sociaux) seront finalisés et équipés respectivement en 2015 et 2016 La construction à Dakar, d'un centre pour enfants à besoins spécifiques nécessite au préalable l'identification d'un terrain et sa réalisation devrait faire l'objet d'une programmation en 2015 de même 6 Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale seront réhabilités et équipés en 2014, 10 en 2015 et 10 autres en 2016.

Dans le cadre du programme sectoriel VRS, il est prévu la réhabilitation de 17 logements sociaux en 2014. En outre, sept (7) seront construits dont quatre (4) en 2014 et trois (3) en 2015.

Equipements

Concernant la couverture en générateurs d'oxygène, une première phase a concerné huit hôpitaux (Saint Louis, Pikine, Hoggy, Fann, Thiès, Kolda, Touba et Kaolack). Cette politique d'autonomisation des hôpitaux en oxygène sera poursuivie entre 2014 et 2015 par l'acquisition de onze (11) unités d'un montant de quatre milliards quatre cent millions (4 299 000 000f.cfa) destinées aux structures suivantes : Hôpital Aristide Le Dantec, Ourossogui, Ndioum, Tamba, Diourbel, Ziguinchor, Matam, Fatick, Hôpital d'Enfants Albert Royer et Louga. Il est également prévu l'acquisition de moyens d'évacuation sanitaire, de groupes électrogènes d'appareils de mammographie et d'échographie, d'équipements des laboratoires des Centres de santé périphériques, des nouvelles régions médicales et le relèvement du plateau technique des centres de santé érigés en EPS 1 en 2014.

Dans le cadre de la lutte contre les maladies à soins coûteux, notamment l'insuffisance rénale, on peut déjà noter la construction et l'équipement de centres d'hémodialyse au niveau des hôpitaux de Grand-Yoff, HALD, Matlaboul Fawzainy de Touba, Hôpital régional de Kaolack et Hôpital régional de Tambacounda.

D'autres centres de dialyse sont prévus entre 2014 et 2015. Il s'agit :

- construction et équipement de trois centres de dialyse de 6 postes (Sédhiou Kédougou et Ndioum)
- construction et équipement de dix centres de dialyse de 12 postes (Hôpital de Pikine, Roi Baudouin, Hôpital Principal, Diamniadio, Mbour, Ourossogui, Kolda Louga et Fatick)
- construction et équipement de deux centres de dialyse de 20 postes (Hôpitaux de Thiès et de Diourbel)
- construction et équipement d'un centre de référence de 24 postes (Hôpital de Fann)

Le Centre Talibou Dabo sera réhabilité et équipé en 2014 et le SAMU sera construit et équipé d'ici 2015.

En plus de l'équipement des nouvelles réalisations, l'acquisition de trois (3) scanners par an sera assurée jusqu'à la couverture totale de tous les EPS de niveau 3.

Pour l'action sociale il est prévu l'équipement de 20 CPRS d'ici 2015.

Maintenance

La mise en œuvre d'un plan régional de maintenance, démarrée en 2012, va se poursuivre dans les régions de Saint Louis, Louga et Matam en 2014. Ce plan déjà, mis en œuvre en 2013 dans les régions de Thiès, Diourbel, Kaolack, Kaffrine et Fatick. va intéresser les autres régions.

Et de manière spécifique concernant les équipements informatiques, après l'inventaire, une politique de maintenance sera établie par la Cellule informatique pour permettre un bon entretien du parc informatique en partenariat avec la DIEM, responsable de la maintenance des équipements médicaux.

Ressources humaines

Le Plan National de Développement des Ressources Humaines (PNDRHS) est validé et fera l'objet d'une large diffusion très prochainement grâce à l'appui d'un partenaire.

Des plans opérationnels devant accompagner la mise en œuvre du plan stratégique sont élaborés et partagés avec les différentes parties prenantes. Ils sont en attente de validation. Il s'agit du :

- guide de la mobilité des personnels de santé ;
- guide pour l'harmonisation de l'Intervention sociale en milieu de santé ;
- manuel de formation des agents de la DRH aux fondamentaux de la GRH et à l'élaboration des fiches de poste ;
- document de zonage pour les zones difficiles ;
- plan de formation du personnel ;

Ces travaux seront poursuivis grâce à l'appui des partenaires en vue de leur validation et diffusion. Des contacts sont pris et la DRH compte dérouler certains axes stratégiques conformément au PNDRHS durant la période 2014-2016. Il s'agit de :

- l'opérationnalisation de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
- du renforcement de l'articulation entre la Formation Continue et la Formation Initiale des agents de santé à travers le plan national de formation
- la mise en œuvre du nouveau cahier de charge des écoles privées ;
- l'inspection des écoles de formation paramédicale et la vulgarisation des curricula des écoles de formation ;

- de procéder à la déconcentration de la GRH en nommant des points focaux RH aux niveaux des régions médicales ;
- de la modernisation du système de GRH à travers la l'utilisation d'un logiciel GRH et d'un système d'archivage performant ;
- la promotion du dialogue social avec comme extrant un dispositif d'alerte pour la prévention des conflits.

Face au déficit criard en personnels de soins, la DRH mènera un plaidoyer pour un recrutement soutenu et sa dévolution au département de la santé.

Dans la même veine le constat de fermeture de certaines structures de l'action sociale notamment au niveau déconcentré contribue à accentuer ce déficit et nécessite une première vague de recrutement de 17 travailleurs sociaux, 10 en 2015 et 6 en 2016

Accès aux médicaments et produits spécifiques

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

La politique de formation de pharmaciens inspecteurs au niveau local sera poursuivie avec l'appui du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, de l'Université et des PTFs. L'industrie pharmaceutique locale sera renforcée en tenant compte des ADPIC.

Dans le cadre de la réforme de secteur pharmaceutique, le document d'harmonisation des textes législatifs et réglementaires dans zone UEMOA a été validé en 2012. Et il est prévu la création d'une agence des médicaments à la place de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM).

En outre, un plan directeur pharmaceutique national et un plan national d'approvisionnement ont été élaborés et mis en œuvre. Le processus d'Assurance Qualité sera poursuivi en 2014.

Dans le cadre du renforcement des capacités du personnel, il est prévu des sessions de formation dans le domaine des essais cliniques et des nouvelles technologies et pratiques de laboratoire.

Pour renforcer le système de contrôle de qualité et garantir, à tout moment, à la population sénégalaise la bonne qualité des médicaments, vaccins et autres produits de santé mis à leur disposition, les initiatives ont été prises et des perspectives dégagées.

La direction s'est fixée comme objectif principal de répondre aux exigences en matière d'assurance qualité des médicaments essentiels, en particulier ceux utilisés pour la prise en charge du paludisme, du VIH-Sida et de la tuberculose. Pour ces derniers, le contrôle systématique de la qualité par un laboratoire pré-qualifié par l'OMS ou accrédité ISO/CEI

17025, constitue une des exigences du Fonds Mondial. C'est ainsi qu'un programme d'accompagnement du LNCM par une équipe technique de la pharmacopée américaine (USP PQM) a été lancé en vue de cette reconnaissance au niveau international (accréditation ou certification).

La construction et l'équipement de trois (3) nouvelles Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) (Kaffrine, Sédhiou et Kédougou) seront effectifs en 2015.

Les nouvelles PRA de Kaolack et Tambacounda construites et équipées sur fonds propres seront inaugurées en début 2014. Le nouveau statut de la PNA devrait être validé en 2015. D'autres PRA comme celles de Kolda et Matam seront réalisées d'ici 2014. En 2015 le bâtiment abritant la direction sera réhabilité. Ces réalisations seront accompagnées par le renouvellement du parc automobile. Par ailleurs, la PNA compte moderniser le système d'information par l'acquisition de logiciels performants, le renouvellement du parc informatique la formation des utilisateurs, et expérimenter les PRA mobiles.

Système d'Information Sanitaire

La Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale (DSISS) de la DPRS envisage de déconcentrer la gestion des données sanitaires de routine. Les Bureaux Régionaux de l'Immunisation et de la Surveillance Epidémiologique (BRISE) seront renforcés au plan institutionnel et logistique pour mieux prendre en compte les besoins en informations sanitaires en plus de la surveillance et de la riposte. En conséquence, un acte réglementaire sera pris pour étendre leurs compétences à l'information sanitaire et à la riposte. Ils seront aussi renforcés en techniciens supérieurs en planification/statistique et opérateurs de saisie. La DSISS s'appuiera sur ces BRISE renforcés pour assurer la supervision et la formation des agents de santé des régions médicales et des districts sanitaires. Au moins 50% des districts sanitaires seront supervisés, 50% du personnel de santé formés sur le système d'information d'ici 2015. Il faut envisager l'intégration des données du système privé d'ici 2015. Le centre de documentation sera fonctionnel d'ici 2015.

En 2014, la finalisation de la carte sanitaire de base 2014-2018 sera faite. Il s'agira de prendre les textes législatifs et/ou réglementaires pour son application, et de poursuivre la mise en place du Système d'Information géographique pour la diffusion du nouvel outil ainsi élaboré

La révision des outils de collecte au niveau des hôpitaux et de l'action sociale, compte tenu de la nouvelle organisation du MSAS, sera réalisée en 2014. Elle permettra la prise en compte des nouveaux besoins en information sanitaire liés à certains programmes notamment ceux du DPPD.

Un nouveau logiciel de prise en charge de l'information sanitaire, le DHIS2 sera mis en place à partir de 2014, en harmonie avec certains pays de la sous-région, sous l'égide de l'OOAS

Recherche opérationnelle

- Le Programme National de Recherche en Santé 2009-2012 a fait l'objet d'évaluation en octobre 2012 et un nouveau PNRS 2013-2016 est élaboré. Un fonds d'impulsion sera mis en place à la DPRS pour financer et encadrer la mise en œuvre du PNRS. Au plan du renforcement des capacités, les ECD, les ECR et les points focaux des programmes seront formés en Méthodologie de la Recherche Opérationnelle en santé (MRO). Les modules de formation en MRO (élaboration de protocoles, mise en œuvre, analyse et publication des résultats) disponibles au niveau de la Division de la Recherche (DR) feront l'objet de révision avant leur utilisation par l'équipe de formateurs en collaboration avec les partenaires et les instituts de formation de la place.
- Il s'agira également de renforcer le fonctionnement du Comité national d'éthique pour la recherche en santé en budget de fonctionnement et en ressources humaines pour une évaluation et un suivi optimal des protocoles de recherche.
- Avec cette masse critique de capacité en matière de recherche, le Ministère va mettre en place le dispositif approprié pour rendre effective la recherche opérationnelle au niveau district. Ce dispositif comprend entre autres, une ligne de subvention pour la recherche qui sera mis en place au plus tard en 2014 pour appuyer les initiatives du niveau opérationnel par le biais de conventions de recherche avec les partenaires ciblés. La DR assurera la coordination et le suivi de ces activités. Au moins 30% des équipes cadre de district disposeront d'ici 2015 d'équipes de recherche fonctionnelles et au moins 50% des protocoles de recherche validés seront appuyés.
- Pour le partage des résultats de la recherche un système d'information est mis en place. Une plateforme d'échange et de partage de données est mis en place au niveau du site www.der.sn. Le système d'évaluation des protocoles est en cours d'informatisation.
- Dans le cadre des activités sous régionales, des dispositions sont prises en terme de constitution d'équipes d'inspections conjointes et de mise en place d'un système de supervision de ces équipes. Dans le cadre du partenariat au plan régional, les initiatives comme AVAREF, l'initiative allemande de renforcement de la recherche en Afrique au Sud du Sahara, l'initiative COHRED-NEPAD pour la mise en place de systèmes nationaux de recherche seront mis à contribution pour développer la recherche opérationnelle. Tous les résultats de recherche feront l'objet d'un plan de diffusion pour en faciliter leur appropriation et utilisation en vue d'améliorer les performances.

2) Fonctionnement des services

Cette sous-composante prend en compte l'administration et la rémunération des personnels. En 2014, les dépenses en personnel s'élèvent à 35 388 243 500 FCFA.

a) Fonctionnement courant

Les dépenses de fonctionnement courant concernent la prise en charge des dépenses permanentes (eau, électricité, communications), les consommables et petits matériels de bureau, entretien (locaux, logistique, matériel informatique et de bureau), carburant et lubrifiants, services de gardiennage. Pour exécuter certaines rubriques de ce budget notamment le gardiennage et l'entretien, les services du ministère peuvent recourir à la contractualisation.

- La DAGE procédera en 2014 à une révision du manuel de procédures pour l'exécution du budget alloué par l'Etat et les partenaires financiers en mettant l'accent sur les aspects organisationnels, la mobilisation des fonds pour les ateliers, frais de mission etc. En outre, elle mettra en place un système de caisses d'avances pour la prise en charge des perdiems, remboursements de transport, frais de mission et soumettra un cadre pour la signature de conventions avec les réceptifs agréés pour l'hébergement des participants.

b) Transferts courants

Les transferts courants concernent les subventions allouées aux différents centres de responsabilités, le paiement des dettes dans le cadre d'accords signés avec d'autres administrations publiques ou des partenaires, les subventions accordées pour prendre en charge des gratuités et rendre accessible certains médicaments et produits essentiels (ARV, Insuline, kits de césariennes, antituberculeux, anti-paludéens), le paiement de la motivation nationale ainsi que la prise en charge des bourses et allocations de stage.

Les subventions allouées aux EPS seront réparties annuellement à partir de 2014 sur la base de critères d'allocation élaborés à cet effet. Il en sera de même pour apurement de la dette en fonction du niveau d'endettement de chaque EPS.

3) Financement de la demande

La compréhension de la situation actuelle de la couverture maladie, les orientations stratégiques du PNDS 2009-2018, de la SNDES 2013-2017 et les recommandations des CONSAS ont servi de base à la tenue d'un atelier national d'élaboration du plan d'action pour l'extension de la couverture maladie universelle de base (DECAM), à travers les mutuelles de santé en mars 2013.

Le plan d'action 2013-2017 pour l'extension de la couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion à l'horizon 2022. Le plan d'action est articulé autour de quatre domaines d'intervention articulés sur les objectifs spécifiques et les résultats attendus à l'horizon 2017 :

1. Cadre juridique et institutionnel d'appui ;

2. Renforcement des capacités des acteurs ;

3. Mise en œuvre au niveau régional et local ;

4. Mécanisme de prise en charges des indigents et groupes vulnérables.

En 2014, il est prévu pour chaque domaine d'intervention ces activités ci-dessous :

- **Cadre juridique et institutionnel d'appui**

- Subvention partielle pour étendre les paquets de bénéfices et pour promouvoir la mise en commun des gros risques des mutuelles de santé communautaires au niveau de chaque département. Il est prévu de subventionner la moitié de la cotisation annuelle de 1788180 personnes soit moins 13% de la population de 2014. Cette subvention partielle s'élèvera à 3500 F CFA par personne
- Subvention totale pour assurer la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé communautaires. Il est prévu de subventionner 198180 personnes soit environ 1,4 % de la population de 2014 à raison de 9000 F par personne
- Appuyer le fonctionnement de 28 unités de gestion départementales en équipement bureautique Appuyer le fonctionnement de 28 unités de gestion départementales en équipement informatique
- Appuyer le fonctionnement des 314 mutuelles de santé en équipement informatique ;
- Recruter 14 Assistants techniques régionaux;
- Appuyer le démarrage du fonctionnement de l'ONAMS et du FNGMS (100000000 pour la mise en place de chaque organe).

- **Renforcement des capacités des acteurs**

- Organiser 14 ateliers de formation des formateurs en collaboration avec les unions régionales de mutuelles de santé
- Appuyer les 28 unités de gestion départementales à former tous les acteurs de la mutualité sur les modules suivants: le plan comptable, la gestion administrative et financière, le système d'information et le suivi évaluation ;
- Produire les supports de communication et de plaidoyer
- Vulgariser les supports de communication au niveau local, régional et national
- Organiser des journées d'information et d'orientation à l'intention des journalistes au niveau départemental, régional et national
- Mener des activités de plaidoyer à l'intention des leaders politiques, religieux, société civile ...
- Organiser la journée nationale de la mutualité
- Appuyer le développement d'applications pour renforcer la gestion, le système d'information et de suivi des mutuelles de santé dans le cadre de la CMU

- Former les gestionnaires des mutuelles de santé et des unions de mutuelles de santé sur les applications de gestion, d'information et de suivi
- Former les gestionnaires des mutuelles de santé, des unions de mutuelles de santé et des formations sanitaires conventionnées sur les applications pour la gestion informatisée de la facturation des prestations dans le cadre de la CMU
- **Mise en œuvre au niveau régional et local**
 - Appuyer la mise en place et la restructuration de 314 mutuelles de santé dans les collectivités locales des 28 départements
 - Appuyer la mise en place de 28 unions départementales
 - Tenir 28 comités départementaux de développement (CDD) sur le fond départemental de solidarité santé)
 - Tenir 28 ateliers de formation des CDS sur le fonds départemental de solidarité santé dans chaque département
 - Produire un document de référence sur les expériences de partenariat entre mutuelles de santé et institutions de micro-finance
 - Tenir un atelier de partage sur le couplage mutuelle de santé et institutions de micro-finance
 - Assurer le suivi des conventions MS/IMF à travers les cadres de coordination au niveau départemental et régional
- **Mécanisme de prise en charges des indigents et groupes vulnérables.**
 - Elaborer un manuel de procédures pour l'identification des indigents et groupes vulnérables ;
 - Elaborer les outils d'identification des indigents et des groupes vulnérables ;
 - Organiser un atelier national de validation de l'outil de ciblage des indigents et des groupes vulnérables ;
 - Elaborer un plan de formation des acteurs des structures d'appui techniques sur les procédures de ciblage dans le secteur de la santé ;
 - Organiser un atelier de formation des formateurs sur le ciblage dans les 14 régions ;
 - Mener des enquêtes sociales d'identification des indigents et groupes vulnérables pour appuyer le processus de validation des listes des indigents et des groupes vulnérables au niveau local et départemental ;
 - Mettre en place une base de données nationale des indigents et des groupes vulnérables en collaboration avec les autres secteurs ;
 - Mettre en place des comités locaux chargés de la présélection des indigents et des groupes vulnérables en collaboration avec les Collectivités Locales et les mutuelles de santé ;
 - Elaborer un manuel de procédure des cadres de collaboration ;
 - Apporter un appui institutionnel aux structures techniques.

-
- Pour le suivi de la mise en œuvre du plan d'action, il est prévu les activités suivantes :
-
- Elaborer un plan de suivi évaluation ;
- Appuyer le suivi mensuel des mutuelles de santé par les unions départementales des mutuelles ;
- Appuyer le suivi trimestriel des unions départementales par les unions régionales des mutuelles ;
- Appuyer le suivi semestriel des unions régionales par le niveau central Elaborer les rapports périodiques ;
- Mise en place des instances (60) de suivi évaluation au niveau départemental, régional et national ;
- Appuyer les instances (60) de suivi évaluation.

a) Initiatives de gratuité

- Prise en charge des enfants de 0 à 5ans

L'initiative pour la gratuité des soins de santé du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq ans s'inscrit dans le cadre de la couverture maladie universelle, qui est une option prioritaire du gouvernement du Sénégal.

En effet, le Gouvernement du Sénégal, conscient que le bien-être du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq ans est à la fois résultat et indicateur du développement du pays, a décidé ainsi de mettre en œuvre la gratuité des soins pour ces cibles vulnérable s'il s'agira pour la cible du nouveau-né et de l'enfant de 0 à 5 ans d'assurer la prise en charge gratuite des soins essentiels et des affections prioritaires les plus morbides et les plus meurtrières (paludisme grave, IRA, diarrhée, malnutrition et affection néonatale). La mise en œuvre effective de cette nouvelle initiative se poursuit en 2014.

b) Autres Initiatives de gratuité

Des subventions sont accordées pour la prise en charge partielle ou totale de certaines maladies, telles que :

- le Diabète, pour lequel le prix de l'insuline est passé de 11.000 F CFA à 1.400 F CFA
- l'insuffisance rénale dont la prise en charge de l'hémodialyse est passée de 50.000 F à 10.000 F pour la séance actuellement gratuite.

En outre, d'autres initiatives de prise en charge des groupes vulnérables sont mises en œuvre dans le cadre :

- **Plan SESAME**

Pour la survie et la pérennisation du plan, il faudrait :

- solder la dette des hôpitaux estimée à 4,5 milliards ;
- poursuivre la formation en gériatrie-gérontologie ;

- mener une vaste campagne de communication à tous les niveaux pour tous les acteurs à partir de 2014
- rendre fonctionnel à partir de 2014 l'unité de gestion du plan créée par arrêté depuis 2009.
- passer du plan à un programme national ;
- valider le manuel des procédures opérationnelles du plan.

Dans le cadre des initiatives de gratuité, la Direction Générale de l'Action Sociale prévoit la prise en charge de plusieurs volets dont :

- la prise en charge des soins coûteux

Au-delà du paquet de base assuré par les mutuelles de santé la DGAS déroule un programme de prise en charge des soins coûteux au profit des indigents.

- Les évacuations sanitaires

Dans le cadre de la prise en charge globale de la demande sociale ; la DGAS a créé une division chargée des évacuations sanitaires. Toutefois il faut préciser que la volonté est nettement affichée mais les moyens d'intervention n'existent pas. Pour satisfaire cette forte demande exprimée par les populations, la DGAS envisage de réaliser 5 évacuations sanitaires en 2015 et 7 en 2016. A cet effet la signature de conventions avec des hôpitaux étrangers pourrait contribuer à amoindrir les coûts.

- Personnes handicapées

Conformément à la loi d'orientation sociale, la DGAS compte confectionner 40 000 cartes d'égalité des chances en 2014, 30 000 en 2015 et 30 000 en 2016 pour permettre à cette cible de bénéficier des droits et avantages en matière d'accès aux soins de santé, de réadaptation et d'aide technique.

Il est aussi prévu d'appareiller 580 personnes handicapées en 2014, 600 en 2015 et 600 en 2016.

- ACT

Le fonds mondial, le PMI (Président Malaria Initiative) et la Coopération Chinoise financent les médicaments destinés au programme (PNLP) qui les met à la disposition des structures publiques de santé, pour une dispensation gratuite aux populations. Ces médicaments sont destinés à la prise en charge des cas de paludisme simple.

Les tests de diagnostic rapide financés par le FM et le PMI sont alloués au PNLN qui les met à la disposition des structures de santé pour un diagnostic gratuit des cas suspects de paludisme. Dans la même lancée des MILDA sont mis à la disposition du PNLN par le FM et le PMI pour une distribution gratuite aux populations.

- Les Césariennes/Accouchements

Une ligne budgétaire est mise en place pour supporter les frais de prise en charge des accouchements et des césariennes sur l'ensemble du territoire avec quelques restrictions à Dakar où seules trois (3) structures sont ciblées par la gratuité : Guédiawaye, Rufisque et Hôpital de Pikine. Les structures sanitaires sont remboursées au prorata des créances constatées pour ce qui concerne les césariennes et pour les accouchements un nombre de kit correspondant au nombre d'accouchements est fourni.

- **Les ARV**

Une ligne budgétaire est mise en place pour supporter les frais de prise en charge des malades sous traitement au niveau des centres hospitaliers régionaux.

Dans la perspective de rationaliser les ressources destinées à la subvention partielle ou intégrale des prestations de soins, l'option d'intégrer les initiatives est prise. L'unité de gestion du plan sésame intègre le fonds national de solidarité santé.

- **Les Médicaments antituberculeux**

Les malades souffrant de tuberculose sont pris en charge gratuitement. A cet effet, une ligne budgétaire de 265 000 000 FCFA pour l'achat de médicaments et intrants de laboratoire, est mise en place pour supporter les frais de traitement, et des médicaments de deuxième ligne par le Fonds mondial.

II.1.4 Gouvernance sanitaire

Le programme Gouvernance sanitaire qui met l'accent sur les stratégies du secteur visant à renforcer la coordination et le leadership pour une gestion efficace et efficiente des ressources, s'articule autour des deux (2) principaux axes d'intervention : la **Gestion axée sur les résultats** avec les questions de planification, de coordination, suivi-évaluation, d'audit, de contrôle, de normalisation, de financement basé sur les résultats, de système d'allocation des ressources et la **participation** avec les notions de participation des communautés, de multisectorialité, de décentralisation et de partenariat.

II.1.4.1 Planification

La gestion axée sur les résultats reste un objectif principal pour l'effectivité du DPPD. Dans ce processus, la planification à la base est renforcée et un système d'allocation de ressources plus équitable mis en place à travers les Plans de Travail Annuels (PTA).

a) DPPD

Le DPPD est élaboré et diffusé chaque année selon le calendrier fixé par le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) suivant un canevas et une nomenclature bien définie.

Dans la phase d'élaboration, il est également tenu compte des notifications des enveloppes budgétaires indicatives du MEF, qui font l'objet de répartition pour le financement des activités retenues dans les PTA.

Les besoins identifiés dans les PTA serviront à l'élaboration du projet de budget de la première année du DPPD 2014 -2016.

Au terme de la phase d'élaboration, le DPPD est partagé au niveau interne pour arbitrage avant les conférences budgétaires. Après cette étape, il est procédé à la révision du DPPD pour faire les ajustements nécessaires en rapport avec les enveloppes budgétaires réelles.

b) PTA

En début d'année N, un PTA est élaboré par chaque centre de responsabilité suivant les directives ministérielles. Pour le cas spécifique des districts sanitaires, le PTA intègre les plans d'opération santé des collectivités locales (POCL-Santé). Dans ce sens, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale chargé d'appuyer les collectivités locales dans le processus d'élaboration de leurs POCL/santé a élaboré un guide d'opérationnalisation du Document de référence d'Elaboration des POCL-Santé.

Pour tous les centres de responsabilité, une auto-évaluation du PTA de l'année N-1 est faite avant l'élaboration du plan en cours (année N) et des projections faites pour l'année N+1. Une synthèse de ces PTA est faite au niveau régional avant transmission au niveau de la DPRS. Les PTA des centres de responsabilité du niveau central sont par contre directement transmis à cette dernière.

Ces PTA sont exploités et traités par la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) pour établir la cohérence avec les objectifs du PNDS. Une synthèse est ensuite faite et une rétro information est donnée aux centres de responsabilité.

La Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement (DAGE) procède ensuite, en rapport avec la DPRS, à une réunion d'orientation budgétaire pour faire part des possibilités de programmation au regard des ressources disponibles. Le résultat de cet exercice sert de base pour finaliser le projet de budget qui sera notifié aux centres de responsabilité.

En 2014, le logiciel e-PTA fera l'objet d'un test au niveau de tous les centres de responsabilité du MSAS qui saisiront leurs PTA en ligne en plus des formulaires excel du guide de gestion du PTA.

c) Projet d'établissement (PE)

Le principe du PE consiste à projeter l'hôpital dans l'avenir pour cinq ans. Il devra identifier les problèmes à résoudre, les qualités de ses performances en termes de productivité et de rendement. Son objectif fondamental est non seulement de décrire et de chiffrer les actions envisagées, mais aussi de montrer le bien fondé des décisions proposées en termes d'efficacité, d'efficience et de viabilité à long terme de l'entreprise.

C'est dans ce cadre que certains établissements publics de santé vont élaborer des projets d'établissement de deuxième génération et d'autres ceux de première génération, pour la période 2013-2015. Les dix (10) EPS1 et les nouvelles créations telles que Matam, Diamniadio, Fatick, la Paix de Ziguinchor et éventuellement Dalal Diam en seront à leur première génération pour la même période.

II.1.4.2 Coordination /Suivi/ Evaluation

- La coordination et le suivi évaluation

La coordination et le suivi évaluation se font à travers la tenue régulière des Instances de Coordination et de suivi définies dans le Plan de Suivi Evaluation du PNDS. Ces instances sont: les Comités Internes de Suivi, les Revues Annuelles Conjointes aux niveaux national et régional, la Mission Conjointe de Supervision. Ces instances sont respectivement le lieu de partage de la mise en œuvre des PTA et du rapport de performance. En plus de ces instances, des réunions de coordination périodiques sont organisées au niveau de chaque centre de responsabilité. Une mission conjointe de supervision est organisée annuellement avec les partenaires techniques et financiers de la santé.

Un comité composé des services du Ministère et des partenaires au développement a élaboré le COMPACT qui a été signé par le Gouvernement du Sénégal à travers le MEF et les Partenaires du Secteur.

- Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS)

Dans le cadre du suivi des dépenses de santé et leur répartition entre les différents acteurs du système, les quatre tableaux finaux (Sources-agents, agents-prestataires, prestataires-fonctions, agents-fonctions) des comptes nationaux de la santé de 2006, 2007 et 2008 sont produits et validés. Dans cette même dynamique, Il est prévu en 2013 de rédiger le rapport final des CNS 2006-2008 et de procéder à l'extrapolation de certaines données accompagnées d'une enquête complémentaire simplifiée pour l'élaboration des CNS 2009-2010. Ces deux rapports (2006-2008 et 2009-2010) qui permettront de disposer des indicateurs financiers dans le secteur de la santé jusqu'en 2010 seront soumis à l'appréciation du comité de pilotage des CNS pour validation.

- La Revue des Dépenses Publiques

Les travaux préparatoires de l'étude sur la revue des dépenses publiques 2009 – 2012 ont démarré par la collecte des données secondaires pour la région de Dakar en collaboration avec le Ministère de l'Economie et des Finances et les différents départements de MSAS. Cette étude prend en compte les premières années du PNDS 2009-2018 et se propose de mettre l'accent sur la question de l'efficacité de la dépense en droite ligne des objectifs du DPPD. Sa validation et sa diffusion sont prévues en 2013.

- Passation des marchés

Dans le cadre de la bonne Gouvernance, la gestion axée sur les résultats implique une transparence dans l'exécution de la dépense publique. En ce sens, le respect du Code des marchés devient un impératif auquel, le MSAS par le biais de la Cellule de Passation des Marchés (CPM) entend l'exercer scrupuleusement. Au cours du DPPD 2014-2016, le MSAS veillera, par l'évaluation et le contrôle du plan de passation des Marchés validé et publié par la Direction Centrale des Marchés Publics (DCMP), à ce que les activités à exécuter le soient conformément aux dispositions du Code des Marchés publics en vigueur.

La transparence ne peut avoir lieu qu'en respectant la trilogie édictée par l'ARMP, à savoir le respect : des formalités de publicité prescrites, du principe d'égalité de traitement des candidats aux commandes publiques par le MSAS et de l'efficacité dans les procédures de passation des marchés.

Aussi face au besoin pressant d'accroître le taux d'absorption des ressources et conscient que la finalité des marchés publics est l'acquisition de biens et services destinés à satisfaire les besoins de service public, le MSAS devra instituer des procédures conformes et régulières susceptibles d'aboutir dans des délais réduits.

A cet effet, les acteurs du MSAS impliqués dans la passation des marchés, doivent respecter les délais d'intervention prescrits par la réglementation. A cet égard, ils s'abstiendront de consommer entièrement lesdits délais quand leur avis peut être obtenu ou leur tâche accomplie avant les dates limites fixées.

Il faudra aussi confier la gestion du système à des agents professionnels possédant une expertise avérée dans le domaine des marchés publics et au besoin engager des consultants extérieurs pour appuyer le MSAS dans le processus contractuel.

- Financement basé sur les résultats (FBR)

Le document de projet est finalisé et validé par l'autorité. Le manuel de procédure a été élaboré et les organes de gestion mis en place. Le FBR est mis en œuvre au niveau des districts sanitaires de Kolda et Kaffrine en 2012. Concernant le district sanitaire de Darou Mousty, il reste à signer les contrats de performance pour son démarrage qui ne sera effectif qu'en 2013. Il sera étendu dans tous les districts des trois régions cibles (Kolda, Kaffrine et Louga) en 2013 et le passage à l'échelle est prévu à partir de la troisième année (2014). Dans

les zones ciblées, des subventions sont accordées aux prestataires sur la base de leurs performances en plus d'un appui apporté au fonctionnement des structures sanitaires afin de booster les indicateurs pour l'atteinte des OMD.

- Normalisation

L'encadrement de la recherche nécessite la mise en place de textes réglementaires (décrets et arrêtés d'application de la loi portant code d'éthique) et de procédures standardisées. Pour ce faire, des outils de gestion (guide du chercheur et guide du comité d'éthique) sont élaborés et feront l'objet de diffusion en 2013. En outre, des documents relatifs aux Bonnes Pratiques de la Recherche (BPR) sont élaborés (circuit d'approbation des protocoles d'essai clinique utilisant des médicaments et/ou produits pharmaceutiques, outils d'évaluation et de suivi des protocoles de recherche).

Un conseil national de la recherche pour la santé sera mis en place pour fédérer les opportunités de renforcement des activités de recherche.

S'agissant du financement de la recherche, il convient de mettre en place une ligne de subvention des activités de recherche en 2013.

Par ailleurs, des textes juridiques sont élaborés par la Division de la recherche en rapport avec le conseiller juridique du MSAS.

- Audit et Contrôle

- Audit externe

Pour l'exercice de l'audit externe, un cabinet d'expertise comptable est commis. Il examine les comptes annuels des centres de responsabilité, procède au contrôle des procédures administratives, financières, comptables et de passation de marchés. Il produit un rapport, et le soumet à l'appréciation de l'autorité. La plupart des projets et programmes du MSAS sont soumis à un audit externe.

- Audit interne

Dans les Etablissements Publics de Santé, l'auditeur interne, conformément à ses missions produit un rapport périodique à l'intention du directeur sur sa demande.

- Contrôle

Le contrôle interne des départements ministériels est réglementé par le décret n° 83-631 du 19 août 1989 qui institue une inspection interne dans chaque ministère.

L'inspection interne a pour mission de veiller à l'application des directives présidentielles et primatoriales issues des rapports de l'Inspection générale d'État (IGE) et des autres organes de contrôle; assister le Ministre dans le contrôle du personnel, du matériel et des crédits des

services du ministère et des établissements publics sous tutelle; effectuer toute mission de vérification et de contrôle qui lui est confiée par le Ministre; assurer le suivi de l'application des directives issues des rapports internes; contrôler tous les actes administratifs, financiers et comptables pris au sein du ministère et des organismes sous tutelle.

Le contrôle comporte plusieurs volets : administratif, technique et financier et nécessite des moyens : humains, matériels : (matériels informatiques, véhicules, fournitures de bureau et outils de gestion) ; financiers : frais de mission et de fonctionnement.

L'inspection du ministère de la santé peine à exécuter ses missions. A cela, plusieurs explications :

- Déficit en ressources humaines
- Déficit en matériels
- Cadre de travail inadéquat
- Absence de statut propre pour les inspecteurs internes, de nature à rendre attractive la fonction et mettre les titulaires de ces fonctions à l'abri de la corruption et qui serait susceptible de garantir leur indépendance et leur objectivité.

Il convient pour ce DPPD, en plus des missions de contrôle, de développer un plan stratégique qui comportera des indications précises sur : la mission; le contexte et les enjeux; les orientations stratégiques, les objectifs et les axes d'orientation; les résultats visés; les indicateurs de performance."

Le contrôle est exercé périodiquement par les corps de contrôle de l'Etat et du MSAS (IGE, IGF, IAAF, Cour des comptes, COF, CG ...). En 2013, le MSAS a prévu de réaliser trois audits : l'audit de la dette, l'audit de la masse salariale et l'audit des effectifs hospitaliers. La Banque Mondiale s'est engagée à financer l'audit des effectifs hospitaliers tandis que l'Etat a pris en charge les audits de la dette hospitalière et de la masse salariale.

Avec l'appui du PAGOSAN/CTB, le niveau central a prévu pour 2013 l'audit de deux centres de responsabilité (RM Thiès et RM Diourbel).

- Système d'allocation des ressources

Pour les districts, l'allocation des ressources tient compte des critères suivants :

- poids démographique ;
- existence d'un bloc opératoire ;
- nombre de postes de santé polarisés ;
- distance séparant la RM et centre de santé.

Pour les hôpitaux, la DES en rapport avec les principaux acteurs (MEF, directeurs d'EPS, partenaires techniques et financiers, partenaires sociaux, services MSAS), a procédé à une revue des critères potentiels pouvant permettre une meilleure répartition de l'allocation budgétaire. Les critères soumis à la validation de l'autorité sont les suivants :

- niveau par service (plateau technique fonctionnel)
- la population
- la pauvreté de la zone d'implantation
- l'éloignement
- performance.

La généralisation du système d'information médicale et la mise en place de la comptabilité analytique hospitalière en 2013 permettront une meilleure connaissance des activités développées par les EPS et une maîtrise des coûts de production ce qui induira une répartition équitable des ressources.

II.1.4.3 Participation

e.1 Participation des communautés

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.

Le projet de décret portant réforme des comités de santé et des comités de gestion et créant les comités de développement sanitaire(CDS) est finalisé. Une validation est prévue.

e.2. Décentralisation et multisectorialité

e.2.1 Décentralisation

Le renforcement des capacités des acteurs de la décentralisation dans le secteur de la santé est poursuivi. Une large campagne de plaidoyer pour l'élaboration des POCL/Santé et sur la mobilisation effective des Fonds de Dotation de la décentralisation et du Budget Consolidé d'Investissement décentralisé est menée auprès des élus locaux.

e.2.2 Multisectorialité

Compte tenu de l'importance des défis et eu égard à l'insuffisance des ressources publiques, une collaboration avec les autres secteurs permettrait de renforcer les capacités de prise en charge des besoins sanitaires au niveau des départements pilotes.

Le processus de mise en œuvre des plans multisectoriels se poursuit au niveau des sept départements pilotes à travers l'organisation de CDD et CRD de planification conjointe avec les chefs de service départementaux et régionaux.

A la suite de l'état de lieux sur les sept départements pilotes (Kanel, Vélingara, Ranérou-Ferlo, Matam, Dagana, Kédougou, Saint Louis) et le renforcement des capacités des points focaux des départements ministériels cibles sur les déterminants de la santé, des axes d'interventions et des lignes d'action ont été déclinées pour 2013 dans le but de poursuivre le processus de mise en place des cadres de concertation et la mise en œuvre des plans multisectoriels :

- Mener et valider des études diagnostiques au niveau des départements ministères ciblés

- Mettre en œuvre des études diagnostiques des départements pilotes par une approche multisectorielle
- Rédiger, valider et le partager la plateforme multisectorielle nationale.

e.2.3 Partenariat

e.2.3.1 Partenariat public-privé (PPP)

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. Le partenariat entre le MSAS et les ONG/OCB sera renforcé.

Un cadre national de concertation a été mis en place avec trois commissions pour élaborer la stratégie nationale de partenariat public privé. Ce document qui constitue un guide pour la réalisation des opportunités de PPP sera vulgarisé en 2013. Des activités d'accompagnement, de suivi et d'évaluation seront menées régulièrement.

e.2.3.2 Contractualisation

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de contractualisation, un manuel de procédures pour l'enregistrement des arrangements contractuels a été conçu en collaboration avec les directions et services concernés. Cet outil d'enregistrement a été testé dans les régions de Diourbel et de Kaffrine. Leur mise en place sur le plan national est programmée d'ici 2013. L'enregistrement des contrats permettra à partir de l'année 2013 de connaître le nombre de contrats signés. La formation des acteurs sur la contractualisation va se poursuivre en 2013.

Avec l'appui de la Banque Mondiale qui a favorisé la mise en place de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) couvrant la période 2012-2014, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, dans le souci de rendre performantes ses structures sanitaires, a conclu cinq Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec cinq Etablissements Publics de Santé :

- le centre hospitalier national universitaire de FANN ;
- le centre hospitalier national d'enfants Albert ROYER ;
- le centre hospitalier national Matlaboul Fawzaini de Touba ;
- le centre hospitalier régional de Thiès ;
- le centre hospitalier régional de Saint-Louis.

Ces contrats d'objectifs et de moyens sont axés sur un certain nombre d'orientations stratégiques prioritaires des projets d'établissement approuvés, en tenant compte des objectifs de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire. Ils en définissent les conditions de mise en œuvre.

A cet effet, ces contrats d'objectifs et de moyens :

- décrivent les transformations que les établissements s'engagent à opérer dans leurs activités, leur organisation, leur gestion et leurs modes de coopération ;
- définissent des objectifs de qualité et de sécurité des soins,
- favorisent la participation des établissements aux réseaux de soins et aux actions de coopération,
- précisent les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines dans le cadre d'un projet social.

L'hôpital de Grand Yoff a été intégré en 2012 dans les CPOM. En 2013, l'hôpital principal de Dakar, les CHR de Kaolack et Ziguinchor vont élaborer des CPOM avec en perspective une généralisation de ces contrats à tous les EPS.

II.1.5 Appui aux groupes vulnérables

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

L'Objectif 5 est décliné en objectifs spécifiques et en actions ainsi qu'il suit :

Objectifs spécifiques :

- Améliorer la situation des enfants déshérités ;
- Accroître les capacités d'auto-prise en charge des indigents et groupes vulnérables ;
- Améliorer l'assistance des personnes en situation difficile.

Actions

- a. Par rapport à l'objectif spécifique 1
 - Appui aux daraas et associations de promotion sociale des enfants ;
 - Appui scolaire et formation professionnelle des enfants, jeunes et adolescents déshérités ;
 - Appui aux orphelins.
- b. Par rapport à l'objectif spécifique 2
 - Suivi de la vulnérabilité
 - Promotion des AGR pour les personnes vulnérables ;
 - Protection des personnes handicapées ;
- c. Par rapport à l'objectif spécifique 3
 - Secours d'urgence aux personnes en situation difficile ;
 - Prise en charge des soins coûteux des cas sociaux ;
 - Réhabilitation des personnes handicapées.

Les objectifs spécifiques visés par ce programme sont au nombre de trois.

Il s'agit de :

- Améliorer la situation des enfants déshérités ;
- Accroître les capacités d'auto-prise en charge des indigents et groupes vulnérables ;
- Améliorer l'assistance des personnes en situation difficile.

Pour réaliser ces objectifs, un certain nombre d'actions seront menées.

2.1.5.1. Améliorer la situation des enfants déshérités

2.1.5.1.1 Appui aux daraas et associations de promotion sociale des enfants

Le Sénégal compte plusieurs daraas disséminés sur l'étendue du territoire national. Les conditions d'existence difficile de ces structures surtout en milieu urbain sont à l'origine du phénomène de la mendicité de plus en plus préoccupante. Les efforts déployés par l'Etat et les partenaires sont encore insuffisants et manquent de synergie. A cela s'ajoute, la difficulté de maîtriser les effectifs du fait l'absence d'un système d'information adéquat. Face à cette situation, le programme accorde des subventions aux daraas sélectionnés sur la base du nombre de talibés. Cette sélection tient également compte de la non pratique de la mendicité. Par ailleurs, il existe une catégorie d'enfants déshérités tels que les enfants de la rue, les enfants pris en charge dans les pouponnières, les enfants à besoins éducatifs spéciaux et les enfants de parents PALS. Le programme alloue des subventions aux associations de promotion sociale qui œuvrent dans la prise en charge de ces enfants.

2.1.5.1.2 Appui scolaire et formation professionnelle des enfants, jeunes et adolescents déshérités

Dans le cadre de la promotion de l'éducation universelle et du développement des compétences décrites dans la stratégie nationale de développement économique et sociale 2013 2017, le gouvernement du Sénégal compte offrir des possibilités équitables d'éducation et d'apprentissage à tous les enfants en prenant en compte toutes les disparités. Dans cette optique, les groupes vulnérables, généralement, victimes de la déperdition scolaire seront pris en charge. En effet, convaincue que l'éducation est incontestablement un instrument de promotion économique et social et un puissant levier de changement de comportement, la Direction Générale de l'Action Sociale accompagne cette cible vulnérable à travers les appuis scolaires et la formation professionnelle.

2.1.5.1.3 Appui aux orphelins

Les orphelins constituent une cible spéciale qui mérite une attention particulière, c'est pourquoi la DGAS développe un vaste programme de prise en charge de cette cible en termes de subventions d'activités génératrices de revenus à l'endroit des veuves mères d'orphelins.

2.1.5.2 Accroître les capacités d'auto-prise en charge des indigents et groupes vulnérables

2.1.5.2.1 Suivi de la vulnérabilité

Le suivi de la vulnérabilité suppose la maîtrise de la cible constituée par les indigents et groupes vulnérables. Le secteur de l'Action sociale, dépourvu d'une base de données fiable sur ces groupes cibles, va élaborer la cartographie dynamique de la vulnérabilité basée sur des outils de collecte de données adéquats.

2.1.5.2.2 Promotion des Activités Génératrices de Revenus (AGR)

L'expérience dans le domaine du financement des microprojets a montré que les nombreux échecs enregistrés sont consécutifs au manque de formation en gestion de projets mais également à l'extrême dénuement des groupes vulnérables, obligés d'investir l'argent dans l'achat de denrées de premières nécessités. Pour pallier cette insuffisance, le programme va dérouler des renforcements de capacités à tous les bénéficiaires de financement et les accompagner par une supplémentation nutritionnelle. Dans la même veine, l'équipe technique de la DGAS bénéficiera d'une formation pour un meilleur suivi-évaluation de ces projets.

2.1.5.2.3 Protection des personnes handicapées

Conformément à la loi d'orientation sociale n 2010-15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et la protection des droits des personnes handicapées, la direction générale de l'action promeut une politique de protection basée sur la délivrance d'une carte d'égalité des chances et le renforcement du plaidoyer sur l'application de cette loi et l'accessibilité des personnes handicapées .

2.1.5.3 Améliorer l'assistance des personnes en situation difficile

2.1.5.3.1 Secours d'urgences aux personnes en situation difficile

Face aux catastrophes naturelles, à la cherté du loyer qui occasionne plusieurs menaces d'expulsions de familles démunies de leur foyer, la DGAS à travers le fonds d'Action sociale, va mettre en place un stock en denrées alimentaires dans l'optique de soulager les couches vulnérables victimes de sinistre.

En outre, la DGAS va contribuer au règlement de certains frais de location pour les populations nécessiteuses.

2.1.5.3.2 Prise en charge des soins coûteux des cas sociaux

La problématique de l'assurance maladie à l'endroit des IGV constitue une priorité dans la nouvelle politique gouvernementale. Elle se traduit par la mise en œuvre de la couverture maladie universelle. La DGAS, depuis la fin des années 90, s'est engagée dans la prise en charge médicale de cette cible à travers la signature de conventions avec des structures sanitaires de la région de Dakar. Aujourd'hui, elle réoriente ses actions vers la prise en charge

coûteuse des soins de santé pour les indigents et groupes vulnérables avec des conventions élargies aux structures de santé régionales .A ce propos, deux actions phares sont retenues :

- Contribuer à la prise en charge coûteuse des soins de santé ;
- Contribuer au règlement des frais d'ordonnances

2.1.5.3.3 Réhabilitation des personnes handicapées

En plus du système de protection sociale, l'Etat assure aux personnes handicapées nécessiteuses la prise en charge pour celles qui souffrent d'invalidité sévère dûment reconnue. A ce titre, la DGAS octroie des aides techniques et des appareils orthopédiques. Dans la lancée, elle accorde des subventions aux unités régionales d'appareillage pour une meilleure couverture du territoire national.

II.2 Budgétisation à moyen terme

Financement du secteur de la santé par objectif et par programme entre 2014-2016

OBJECTIFS	PROGRAMMES	2014	2015	2016	TOTAL
OS.1 - Réduire le fardeau de la mobilité et de la mortalité maternelle et infantile juvénile					
1 - SANTE DE LA MERE DU NOUVEAU NE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT		22 432 312 074	23 455 478 670	23 455 478 670	69 343 269 414
2 - PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE		68 490 144 311	63 724 382 412	63 724 382 412	195 938 909 135
OS.3 - Renforcer durablement le système de santé					
3 - RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE		75 835 002 992	67 803 034 236	67 803 034 236	211 441 071 464
OS.4 - Améliorer la Gouvernance du Secteur					
4 - GOUVERNANCE SANITAIRE		5 170 568 386	4 810 783 805	4 810 783 805	14 792 135 996
OS.5 – Améliorer les conditions socioéconomiques des groupes vulnérables					
5- Appui aux groupes vulnérables					
Total général		171 928 027 763	159 793 679 123	159 793 679 123	491 515 386 009

III. DISPOSITIF DE SUIVI- EVALUATION

III.1 Mécanismes de suivi

III.1.1 Réunion de coordination mensuelle (suivi de l'exécution) au niveau du district et des services régionaux

Chaque structure sanitaire organise une réunion de coordination mensuelle pour le suivi de l'exécution des activités inscrites dans le PTA afin d'identifier précocement les dysfonctionnements éventuels et apporter les corrections nécessaires.

III.1.2 Rapport trimestriel de suivi du PTA au niveau du district et des services régionaux

Les structures sanitaires élaborent chaque trimestre un rapport d'étape du PTA et le soumettent à la région médicale pour examen lors de la réunion de coordination régionale. Le rapport trimestriel du district est élaboré à partir de la synthèse des rapports mensuels transmis par les ICP, partenaires, centre de santé, structures privées et/ou confessionnelles.

III.1.3 Réunion de coordination trimestrielle (suivi de l'exécution) au niveau régional

La région médicale organise chaque trimestre une réunion de coordination pour le suivi des activités planifiées dans les PTA des structures de santé. Au cours de cette réunion, les bilans d'étape de ces structures sont présentés et discutés avec les partenaires. Des mesures correctrices des problèmes identifiés sont prises.

III.1.4 Rapport trimestriel de suivi du PTA et transmission au niveau régional

La région médicale fait la synthèse des rapports trimestriels de toutes les formations sanitaires et élabore un rapport régional trimestriel à soumettre au MSAS en prévision de la tenue de la réunion du Comité Interne de Suivi (CIS).

III.1.5 Réunion du Comité Interne de Suivi (CIS)

Tous les Médecins Chefs de Régions présentent leurs bilans trimestriels de mise en œuvre du PTA de leur région au CIS pour recueillir les observations des participants du CIS.

Une fois recueillies, ces observations sont restituées lors des réunions de coordination régionales.

Pour les Directions et Services du niveau central, chaque centre de responsabilité élabore un rapport trimestriel d'exécution technique et budgétaire de la mise en œuvre de son PTA.

III.1.6 Supervision

La supervision est menée par niveau de la pyramide sanitaire :

- au niveau régional, par les responsables des programmes nationaux, des Directions et Services ;
- au niveau district par les équipes cadres de régions ;
- au niveau des postes de santé et structures périphériques par les équipes cadres de districts.

Le but de la supervision menée par les région médicale et districts sanitaires ne se limite pas au seul suivi de l'exécution des PTA, mais prend en compte tous les autres aspects de développement sanitaires y compris le renforcement des compétences du personnel de santé.

D'autres documents, tel que le Guide National de Méthodologie de la Supervision, peuvent aider à cet effet.

III.1.7 Monitoring semestriel

Un monitoring est organisé à la fin de chaque semestre au niveau du district sanitaire pour faire le bilan d'étape et proposer des solutions pour la résolution des éventuels problèmes identifiés. A ce monitoring participent les personnels de santé, les comités de santé, les OCB, et les élus locaux. Le « Guide du monitoring » élaboré par le MSAS en est le document de référence.

III.1.8 Elaboration du rapport trimestriel du secteur

La DAGE élabore le rapport trimestriel global du secteur sur la base des rapports d'exécution technique et budgétaires issus des différents centres de responsabilité. Ce rapport global doit faire l'objet d'une transmission au ministère de l'économie et des finances.

III.2 Mécanismes d'évaluation

III.2.1 Evaluation des performances au niveau du district et des services régionaux

L'évaluation des performances annuelles au niveau du district et des services régionaux est menée selon les trois étapes suivantes.

Étape 1 : Rapport annuel de performance

A la fin de l'exercice budgétaire N, les districts sanitaires et les services régionaux élaborent leur rapport annuel de performance et le soumettent à la Région Médicale.

Étape 2 : Réunion de partage du rapport de performance au niveau district et services régionaux

L'analyse des profils de performance est faite lors de la dernière réunion de coordination mensuelle tenue en janvier (de l'exercice budgétaire N+1).

La réunion peut être organisée selon le format ci-dessous :

Étape 3 : Finalisation du rapport de performance et transmission à la région médicale

Le rapport de performance de la formation sanitaire est élaboré et transmis à la région médicale après la réunion d'évaluation.

III.2.2 Evaluation des performances régionales

La région médicale procède lors de la revue annuelle conjointe régionale à l'évaluation annuelle des performances des districts sanitaires et services régionaux. Le rapport de performance régional sera ensuite élaboré et transmis au MSAS.

L'évaluation se fera en plusieurs étapes.

Étape 1 : Réunion annuelle d'évaluation des performances au niveau régional

La réunion annuelle d'évaluation des performances (réunion annuelle conjointe régionale) sera organisée par la région médicale selon un format bien défini

Étape 2 : Elaboration et présentation du rapport annuel de performance de la région médicale

Sur la base des rapports présentés par les districts sanitaires et des résultats de la réunion annuelle d'évaluation des performances, la région médicale élabore le rapport annuel de performance. Ce rapport sera transmis à la DPRS avant la Revue Annuelle Conjointe (RAC) nationale.

III.2.3 Evaluation des performances nationales

Le MSAS organise une fois par an la RAC nationale. Les Directeurs du MSAS, les MCR et représentants des partenaires au développement assisteront à la réunion et évalueront les performances de chaque Région Médicale et l'état de mise en œuvre du PNDS.

III.2.4 Dispositif de suivi-évaluation de l'Action Sociale

Le suivi des performances du programme suppose la maîtrise de la cible constituée par les indigents et groupes vulnérables. Cela passe nécessairement par l'élaboration d'outils de

collecte de données et la mise en place d'un dispositif particulier de suivi de la vulnérabilité matérialisé par une cartographie dynamique. Il reste entendu que le système de collecte et d'analyse des données, des revues et évaluations devront être intégrés au mécanisme de suivi-évaluation du PNDS.