

1124

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un but – Une foi



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET
DE L'ACTION SOCIALE**

**Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour tendre vers la couverture
sanitaire universelle**

Draft 3 soumis au comité de lecture

Draft3

Draft du 7 Avril 2017

Contacts :

Samba Cor Sarr, : bathie65@yahoo.fr; mobile : 77 647 09 99

Coumba Haby Sarr : coumbahaby.sarr@sante.gouv.sn; 77 552 51 89

FL
2017 / SARR - S. C
SARR - C. D

REPUBLICQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une Foi

000372
MSAS/DPRS/SP



*Ministère de la Santé
et de l'Action sociale*

Dakar, le 06 AVR 2017

DIRECTION DE LA PLANIFICATION,
DE LA RECHERCHE ET DES STATISTIQUES

Le Directeur

INVITATION

Les destinataires de la présente sont invités à prendre part à la réunion de lecture du document de synthèse de la Stratégie Nationale de Financement de la Santé, prévue le **Mardi 11 avril 2017 à partir de 9 heures** à la Salle de la DPRS.

Compte tenu de l'importance de l'activité, votre présence effective est vivement souhaitée.

Destinataires :

- Pr Ibrahima SECK, CT1/MSAS
- Dr Seynabou BA DIAKHATE, CT2/MSAS
- Dr Daya CISSOKHO, CT Suivi/MSAS
- Dr Toshiyasu SHIMIZU, CT Coopération Japonaise/MSAS
- Dr Youssoupha NDIAYE, DPRS/MSAS
- Mr Thiendella BABOU, DAGE/MSAS
- Dr Mamadou Bocar DAFF, DSRSE/DGS/MSAS
- Dr Abdoulaye LY, Conseiller à la DGS/MSAS
- Mr Mamadou MBAYE, ACMU/MSAS
- Mr Abdoulaye Fofana DIA, DAMS/DGAS/MSAS
- Mr Matar NIANG, Conseiller à la PNA
- Mr Samba Cor SARR, DR/DPRS/MSAS
- Mr Farba Lamine SALL, OMS
- Mr Justin TINE, Abt Associates
- Dr Evariste LODI, ATI SEN/027/DPRS
- Mr Moussa DIENG, Banque Mondiale
- Dr Adjaratou NDIAYE, PFSN



Dr Youssoupha NDIAYE

Ampliations :

- MSAS/CAB
- MSAS/SG

Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) – Ministère de la Santé et de l'Action sociale
Rue Aimé Césaire - Fann Résidence – DAKAR – SENEGAL
Tél. : (221) 869-42-42 – 869-42-74 – BP 4024

**Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la CSU
(Table de Matières)**

- PREFACE
- PROCESSUS D'ELABORATION (encadre)
- RESUME EXECUTIF
- INTRODUCTION
- CONCLUSION

Le Sénégal a pris la décision d'élaborer sa Stratégie Nationale de Financement de la Santé en 2016, notamment par la note de service du 8 avril 2016 portant création d'un comité technique chargé de l'élaboration de cette stratégie.

Ledit comité s'est réuni tout au cours de 2016, plusieurs réunions de travail et ateliers ont permis d'approfondir la réflexion et de stabiliser l'approche devant permettre et de concevoir la CSU dans sa globalité. Concrètement, par une note de service en date du 19 décembre 2016, ont été mis en place 5 groupes thématiques qui ont pour mission d'analyser les défis en matière de financement de la santé et de proposer des options pour une stratégie globale.

Afin d'asseoir cette vision globale de la CSU, le MSAS a décidé d'organiser un atelier pour que ses principaux cadres et décideurs disposent d'un référentiel commun en matière de CSU. Par ce renforcement des connaissances, le MSAS a souhaité que tous ses cadres aient une bonne compréhension de la CSU, utilisent un langage commun afin d'assurer une mise en œuvre coordonnée et efficace de la nouvelle stratégie de financement de la santé.

Le MSAS a demandé au présent consultant d'assurer l'animation de cet atelier. Les Mardi 10, mercredi 11 et jeudi 12 janvier 2017 ont été consacrés à la tenue de l'atelier, dont le consultant était l'unique animateur.

Cet atelier a également débouché sur l'élaboration du plan détaillé de la Stratégie Nationale sur la Couverture Sanitaire Universelle. Il avait alors été retenu que le premier draft du document de la stratégie CSU devrait être prêt pour début mars et qu'alors un atelier de finalisation de sa rédaction serait organisé (Cf. Rapport de la précédente mission). Il était entendu qu'il pourrait être fait appel au consultant à tout moment, avant cette échéance, pour des avis et commentaires sur des premières rédactions. Par ailleurs, le consultant a indiqué sa disponibilité pour une nouvelle mission lors de la finalisation de la rédaction du document de stratégie CSU.

Sur la base des discussions de l'atelier de janvier, les groupes thématiques ont travaillé et chaque groupe a produit un document. L'ensemble de ces documents ont été envoyé au consultant le vendredi 10 mars.

Par ailleurs, le MSAS a demandé à un « Task Force » composé de Abt Associate – DPRS- Banque Mondiale de réaliser une synthèse de ces documents de sorte à disposer d'un premier draft qui a constitué la base des travaux de l'atelier de Saly du 13 au 17 mars 2017. Cet atelier a regroupé un comité de synthèse constitué par les représentants des groupes thématiques et la « Task Force ».

Il convient en outre de souligner que le travail réalisé a consisté à répartir les produits des groupes dans les différentes parties du plan du document tel qu'il avait été arrêté par le comité technique. Il s'est aussi agi de revoir les différentes composantes du document dans leur contenu. Ce travail est fait sous la supervision du consultant.

Le travail de finalisation dudit document s'est poursuivi par l'envoi du draft issu du dernier atelier à différents « reviewers » pour une lecture de cohérence et d'analyse de contenu. Les rapports reçus de ce comité de lecture ont été exploités par la Task-Force pour générer un troisième draft qui fait objet dudit document qui est soumis à l'approbation du comité de pilotage.

Table des matières

Contents

INTRODUCTION.....	98
1. Contexte (5-6 pages)	98
1.1. Etat et tendances de la population.....	98
1.2. Contexte macroéconomique	98
1.3. Cadres de politiques internes	109
1.4. Contexte international.....	1110
2. Analyse situationnelle (16 pages)	1312
2.1. Situation socio sanitaire (2-3 pages)	1312
2.1.1. Aperçu de l'action sociale.....	1312
2.1.2. Aperçu sur les performances de santé	1413
2.2. Tendances des niveaux et sources de financement de la santé au Sénégal (3-4 pages) 1715	
2.2.1. Contexte historique du financement de la santé.....	1715
2.2.2. Tendances récentes du financement de la santé.....	1816
2.3. Forces, et défis majeurs du financement de la santé (10-12p).....	2018
2.3.1. Offre de services de qualité et achat stratégique (6 à 7 pages).....	2018
2.3.1.1. Paquet essentiel de services de santé: (2 pages)	2018
2.3.1.2. Capacités du système de prestation de services de santé: (2 pages).....	2422
2.3.1.3. Secteur privé et offre de services de santé: (1/2 page)	2624
2.3.1.4. Mécanismes d'achat des services de santé: (2 pages)	2725
2.3.1.5. Défis majeurs dans l'offre et l'achat stratégique des services de santé	2826
2.3.2. Protection contre les risques affectant la santé (déterminants de la sante)	2927
2.3.2.1. Déterminants environnementaux	2927
2.3.2.2. Déterminants comportementaux	3129
2.3.2.3. Déterminants liés au système de santé.....	3129
2.3.3. Mise en commun des risques (2 pages).....	3331
2.3.3.1. Régimes obligatoires.....	3331
2.3.3.2. Régimes contributifs non obligatoires	3432
2.3.3.3. Régimes d'assistance médicale.....	3432

2.3.3.4.	<i>Défis majeurs de la mise en commun</i>	<u>3634</u>
2.3.4.	<i>Mobilisation des ressources (2 pages)</i>	<u>3836</u>
2.3.4.1.	<i>Dépenses publiques de santé</i>	<u>3836</u>
2.3.4.2.	<i>Dépenses privées de santé</i>	<u>4038</u>
2.3.4.3.	<i>Défis majeurs</i>	<u>4240</u>
3.	<i>Principes</i>	<u>4442</u>
4.	<i>Vision et objectifs</i>	<u>4644</u>
4.1.	<i>Vision de la SNFS</i>	<u>4644</u>
4.2.	<i>Objectifs</i>	<u>4644</u>
5.	<i>Orientations stratégiques (15 pages)</i>	<u>4745</u>
5.1.	<i>OS1 : Amélioration de la disponibilité de services de santé de qualité</i>	<u>4745</u>
5.1.1.	<i>Densification et démocratisation de l'offre de services de santé</i>	<u>4745</u>
5.1.2.	<i>Amélioration/renforcement de la Qualité des services</i>	<u>4947</u>
5.1.3.	<i>Disponibilité et accessibilité des médicaments et produits essentiels de qualité</i>	<u>5049</u>
5.1.4.	<i>Gouvernance, décentralisation, et implication des populations</i>	<u>5150</u>
5.1.5.	<i>Mesures phares</i>	<u>5251</u>
5.2.	<i>OS2 : Extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie</i>	<u>5351</u>
5.2.1.	<i>Extension progressive de la couverture du secteur informel et du monde rural</i> ...	<u>5352</u>
5.2.2.	<i>Prise en charge de l'affiliation des groupes vulnérables : population économiquement faible</i>	<u>5352</u>
5.2.3.	<i>Mise en place d'un mécanisme unifié de gouvernance des régimes de couverture</i>	<u>5453</u>
5.2.4.	<i>Mesures phares</i>	<u>5554</u>
5.3.	<i>OS3 : Renforcement des actions/interventions multisectorielles à haut impact sur la santé</i>	<u>5755</u>
5.3.1.	<i>Application de mesures dissuasive et promotion d'initiatives sur les déterminants comportementaux</i>	<u>5755</u>
5.3.2.	<i>Déterminants environnementaux</i>	<u>5856</u>
5.4.	<i>OS4 : Mobilisation accrue des ressources financières pour tendre vers la CSU</i>	<u>6058</u>
5.4.1.	<i>Augmentation de la contribution de l'Etat et de ses démembrements au financement de la santé ;</i>	<u>6058</u>
5.4.2.	<i>Diversification des sources de financement</i>	<u>6260</u>
5.4.3.	<i>Rationalisation de la dépense de santé</i>	<u>6361</u>

6.	<i>Mesures phares (2 pages)</i>	<u>6462</u>
7.	<i>Cadres institutionnels de pilotage, de suivi et d'évaluation</i>	<u>6564</u>
7.1.	<i>Dispositif institutionnel multi partenarial de pilotage</i>	<u>6766</u>
7.2.	<i>Système de suivi et évaluation de la stratégie</i>	<u>6766</u>
7.3.	<i>Communication stratégique</i>	<u>6867</u>

INTRODUCTION

1. Contexte (5-6 pages)

1.1. Etat et tendances de la population

La population du Sénégal ne cesse d'augmenter; elle est passée de 5,1 millions d'habitants en 1976 à 6,4 millions d'habitants en 1988 puis 9,8 millions d'habitants en 2002 avant de s'établir à 13,5 millions d'habitants en 2013 et 14,7 millions d'habitants en 2016ⁱ. Le taux d'accroissement moyen annuel de la population, bien qu'il soit encore élevé, est resté quasiment stable à 2,5% sur la période 1988 à 2013, ce qui traduit un doublement de la population tous les 25 ans.

La population sénégalaise se caractérise par son extrême jeunesse, un sénégalais sur deux a moins de 20 ans). La population rurale reste prédominante (54,8% de la population totale) mais avec une forte tendance à l'urbanisation au cours des dernières années (34% en 1976 et 45,2% en 2013). En l'espace de 37 ans, l'effectif de la population urbaine a plus que triplé, dénotant un taux d'urbanisation très soutenu, avec toutefois des disparités assez prononcées entre les régions. La région de Dakar la plus urbanisée affiche un taux de 96% alors que les régions les moins dynamiques (Diourbel, Fatick et Kaffrine) enregistrent chacune un taux de 16%ⁱⁱ.

Pour l'ensemble de la période 1960-2014, l'espérance de vie à la naissance est 51 ans à 64,8 ans soit une augmentation de 74% en 54 ans. Cet acquis reflète les efforts importants que l'Etat a consenti dans la mise en œuvre des politiques et programmes de santé. Cela induit des effets assez significatifs sur les changements démographiques et les besoins en santé....

1.2. Contexte macroéconomique

Dans un contexte marqué par le ralentissement de la croissance économique mondiale (3,4% en 2014 contre 3,3% en 2013) en liaison avec la conjoncture internationale difficile amorcée depuis l'année 2008, l'économie sénégalaise s'est révélée peu performante au cours des dernières années, avec toutefois un regain d'activité observé à partir de l'année 2012, à la faveur de l'amélioration du climat des affaires (impulsion de l'investissement public et privé) et de l'accroissement de la demande extérieure.

Le taux de croissance du PIB réel est passé de 4,2% en 2010 à 1,8% en 2011 avant de ressortir à 4,4% en 2012 puis 4,3% en 2015ⁱⁱⁱ (Réf). Ces chiffres montrent que la trajectoire de croissance de l'économie sénégalaise est en phase avec la dynamique sous régionale sur la période 2000-2015 (3,9% en moyenne) (Réf). En revanche, elle est en retrait par rapport à l'Afrique subsaharienne qui affiche une croissance moyenne de 6,7%.

La croissance économique s'est établie à 4,8% en 2014, après 3,5% en 2013. Cette reprise de l'activité économique est essentiellement imputable au redressement de la croissance du secteur primaire qui a atteint 2,7% contre 0,5% l'année précédente, et à la consolidation de celle du secteur secondaire qui s'est établie à 5,2%, après 5,1% en 2013 (Réf). En revanche, elle est limitée par le ralentissement du secteur tertiaire qui a perdu 0,5 point de croissance pour ressortir à 4,1%, sous l'effet de la perte de vigueur des services de Poste et Télécommunications et de l'impact de l'épidémie à virus Ebola sur les activités d'hébergement, de restauration et de transport aérien.

Au cours de la période 2006-2013, le Sénégal a réalisé d'importants progrès dans la mobilisation de ressources publiques avec un ratio recettes fiscales sur PIB supérieur au seuil minimal de 17% fixé dans le cadre des critères de convergence de l'UEMOA. Ce ratio a été en moyenne de plus 18% par an. Et cette

tendance est prévue pour se maintenir. Les estimations de la DPEE sur la période 2013-2017 évaluent la pression fiscale à 20,6% contre une moyenne de 19,48% pour l'UEMOA. Par la même occasion le Sénégal se positionne dans le cadran des pays à haute pression fiscale et charge de morbidité élevée d'où la nécessité d'accélérer les investissements et réduire la charge de morbidité et par-delà améliorer les conditions socio sanitaires.

En 2017, le dynamisme de l'activité économique devrait se maintenir à la faveur d'un environnement interne beaucoup plus favorable, mais également grâce aux investissements structurants dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Sénégal Émergent. En outre, l'économie nationale devrait tirer profit de la mise en œuvre des réformes visant, notamment, à améliorer l'environnement des affaires. A ce titre, le taux de croissance du PIB réel est, ainsi, projeté à 6,8% en 2017, contre 6,6% en 2016 iv.

L'environnement fiscal et économique favorable crée de conditions de génération de ressources internes pour consolider les efforts et progrès de l'Etat dans la mise en œuvre de politique et programmes de santé et jeter les bases de la durabilité et de soutenabilité dans les financements du secteur.

1.3. Cadres de politiques internes

Les mesures d'adaptation des systèmes de financement de la santé pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle sont fondées sur des cadres de politiques au plan international et national qui sous-tendent les décisions gouvernementales en matière de couverture sanitaire.

Le Sénégal dispose de cadres de politique complémentaires qui constituent des bases solides pour faire face aux défis d'adaptation des systèmes de financement de la santé vers la couverture sanitaire universelle.

- ✓ Le droit à la santé, et à un environnement sain, est garanti par l'article 8 de la Constitution du Sénégal de 2001. Par ailleurs, la Constitution stipule, dans son article 16 que l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique et morale de la famille, et en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, la femme rurale a droit à l'allégement de ses conditions de vie et à l'accès à la santé et au bien-être.
- ✓ En plus, les réformes de décentralisation administrative et politique du Sénégal ont constitué depuis les années 1970 des leviers sur lesquels les réformes dans le secteur de la santé se sont appuyés pour améliorer les performances du système de santé. Le système de décentralisation en cours de renforcement avec l'Acte 3 de la décentralisation de 2013 a redéfini les compétences des départements et des communes en matière de santé, de population et d'action sociale. Les départements sont responsables de la gestion et l'entretien des hôpitaux niveaux 1 et 2, la participation à la couverture maladie universelle, la participation à l'entretien et à la gestion des centres de promotion et de réinsertion sociale, et l'appui au financement des projets productifs pour les populations déshéritées. Les communes sont responsables de la construction, la gestion, l'équipement et l'entretien des postes de santé, maternités et cases de santé, l'organisation et la gestion des secours au profit des nécessiteux, la gestion, l'équipement et l'entretien des centres de santé, la mise en œuvre des mesures de prévention et d'hygiène, le recrutement et la mise à disposition de personnel d'appui, et la participation à la couverture maladie universelle.
- ✓ Le Plan Sénégal Emergent (PSE) a clairement défini, à travers son Axe 2 portant sur le capital humain, les objectifs stratégiques du Gouvernement du Sénégal en matière de santé et de protection sociale. Les objectifs pour renforcer la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire

(PNDS) sont de (i) améliorer l'offre et la qualité des services de santé, (ii) améliorer les performances en matière de prévention et de lutte contre les maladies, (iii) améliorer la santé de la mère et de l'enfant, (iv) améliorer l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant, (v) renforcer le dispositif de santé communautaire et (vi) améliorer la gouvernance sanitaire, avec l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacités des dépenses publiques de santé et du système de suivi-évaluation des politiques sectorielles. Les objectifs en matière de protection sociale sont de (i) renforcer la sécurité sociale des travailleurs et des retraités, (ii) améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables et (iii) étendre la protection sociale au secteur informel et aux groupes vulnérables par la mise en place d'une Couverture Maladie Universelle(CMU) de base à travers les mutuelles de santé, l'amélioration des mécanismes de ciblage et la mise en place d'un dispositif d'information et de suivi-évaluation, la mise en application de la loi d'orientation sociale pour la protection des personnes handicapées et l'extension de la gratuité des soins sanitaires en faveur des groupes vulnérables. La CMU a été lancée officiellement depuis septembre 2013 par le Chef de l'Etat.

- ✓ Enfin, le Sénégal est engagé dans la mise en œuvre des réformes de gestion des finances publiques conformément aux directives de l'UEMOA. Dans ce cadre, les objectifs du PSE en matière de gouvernance stratégique, économique et financière sont (i) améliorer la gestion des finances publiques, à travers en autres la rationalisation des dépenses de fonctionnement de l'administration, le respect des procédures d'exécution de la dépense publique, ainsi que le renforcement de la gestion axée sur les résultats et du contrôle citoyen dans la gestion des affaires publiques, (ii) renforcer la lutte contre la corruption et la non-transparence à travers entre autres le renforcement des organes de contrôle et (iii) améliorer la gouvernance économique, à travers le renforcement des capacités de planification, de suivi et d'évaluation des politiques publiques ainsi que l'amélioration de la qualité de la production statistique.

1.4. Contexte international

Le Sénégal est partie prenante des efforts en cours au niveau international pour créer un environnement favorable pour soutenir les progrès vers la couverture sanitaire universelle.

- ✓ En 2005, puis en 2011 les Etat membre de l'Organisation Mondiale de la Santé ont adopté une résolution qui appelle les pays membres à développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute leur population un accès à des services de santé de qualité ;
- ✓ Le rapport sur la santé dans le monde 2010¹ de a marqué une étape importante dans cette prise de conscience d'aller vers la couverture sanitaire universelle ;
- ✓ La résolution de l'ONU du 12 décembre 2012 a renforcé l'élan mondial en direction de la couverture sanitaire universelle ;
- ✓ En 2009, le Secrétariat Générale des nations unies a adopté le socle de protection sociale. La recommandation 202 (en 2012) de l'OIT a encouragé les gouvernements à mettre en œuvre le socle de protection sociale dans le cadre de stratégies d'extension de la sécurité sociale ;
- ✓ En 2015, les Objectifs de Développement Durable (ODD) sont adoptés par les Nations-Unies. L'objectif 3 des ODD « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à

¹ OMS (2010): Financement des systèmes de santé - le chemin vers la couverture sanitaire universelle, Geneve, 2010, 120p

tout âge » à travers la couverture sanitaire universelle inclut la protection des risques financiers, l'accès à des services de santé de qualité, aux médicaments essentiels et vaccins abordables et de qualité pour tous, et l'augmentation substantielle du financement de la santé et de la formation, le recrutement, le développement et la rétention du personnel de santé dans les zones difficiles. Les ODD en matière de santé et les aspirations et objectifs de l'Agenda 2063 de l'Union Africaine d'éradication de la pauvreté et de promotion de la santé et du bien-être viennent renforcer les engagements pris par les Chefs d'Etat Africains depuis 2001 à Abuja d'allouer au moins 15% de leur budget national à l'amélioration du secteur de la santé.

Le Sénégal s'inscrit entièrement dans cette dynamique mondiale avec une forte volonté politique, pour la couverture sanitaire universelle.

2. Analyse situationnelle (16 pages)

2.1. Situation socio sanitaire (2-3 pages)

2.1.1. Aperçu de l'action sociale

La politique actuelle en matière d'Action Sociale consiste à promouvoir et insérer dans les domaines socio-sanitaire et économique des groupes sociaux défavorisés, à protéger les droits des personnes handicapées et des personnes âgées, à assurer le suivi et l'accompagnement psychosocial des groupes vulnérables. Au Sénégal, la politique de l'action sociale traduit la volonté des autorités de lutter contre les inégalités sociales, d'assurer l'accès aux biens et services à toute la population et d'améliorer les conditions d'existence des catégories sociales défavorisées.

Elle se traduit à travers la mise en œuvre des programmes de prise en charge des groupes vulnérables comprenant : le Programme national de réadaptation à base communautaire (PNRBC), le Programme d'autonomisation des personnes affectées par la lèpre et familles (PAPALF), le Programme d'Appui à la promotion des Aînés (PAPA), le Programme Enfance déshéritée (PED), le Programme de prise en charge médicale (PECM), le Projet Financement Santé Nutrition (PFSN) des personnes et groupes vulnérables.

L'ensemble de ces programmes sont exécutés à travers des structures nationales régionales et départementales de coordination et des structures opérationnelles appelées Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS). Selon le plan stratégique de la Direction générale de l'action sociale, la couverture optimale en services sociaux devraient se réaliser avec l'implantation de 411 CPRS sur l'ensemble du territoire national. En 2016, le Sénégal dispose de 46 CPRS soit un gap de 365 structures en matière d'encadrement des catégories sociales défavorisées.

Des actions spécifiques sont développées au profit de groupes vulnérables dont la carte d'égalité des chances pour les personnes handicapées, l'enrôlement de bénéficiaires des bourses de sécurité familiales dans les mutuelles de santé, les initiatives de gratuité pour les personnes âgées. En plus de l'effort de l'administration centrale, les collectivités territoriales, en application de l'acte 3 de la décentralisation sont participants à la mise en œuvre de la politique d'action sociale à travers de initiatives propres ou de soutiens aux structures déconcentrées de l'action sociale.

Malgré ces efforts, des gaps persistant ralentissent les progrès du Sénégal vers l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. En effet, les personnes handicapées sont particulièrement vulnérables aux carences de services tels que les soins de santé, la réadaptation, le soutien et l'assistance et l'absence des services au niveau local se révèle ainsi comme la deuxième raison la plus fréquente pour les personnes handicapées de ne pas aller dans les établissements de santé.

Le nombre des personnes à couvrir est en constante augmentation ; la prévalence du handicap externe étant passée de 1,4% en 2002 à 5,9% de la population totale en 2013. L'augmentation

(100%). Selon la région de résidence, les taux de mortalité infanto-juvénile varient du simple au double en passant des régions de l'Ouest (Dakar et Thiès) aux régions du Sud (Kédougou et Kolda).

NB : Commencer par montrer une réduction de la morbidité et de la mortalité (indicateurs d'impact) en général et ensuite passer aux résultats (indicateurs) dans les domaines spécifiques

Dans le domaine de la santé de la reproduction, un léger relâchement est noté en lien avec le recul des niveaux des indicateurs. Le taux d'achèvement (couverture adéquat) en CPN est passé de 40% en 2005 à 48% en 2014 à 47% en 2015. En ce qui concerne l'accouchement, le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passé de 52% en 2005 à 53% en 2015 pour un objectif de 80%. Le taux de prévalence contraceptive est passé de 8,1% en 1997 à 10,3% en 2005. En 2015 il se situe à 21,2 %, encore en deçà de la cible fixée.

En matière de survie de l'enfant, les efforts se sont traduits par un relèvement de la proportion d'enfants malnutris guéris qui est passé de 75% en 2014 à 78,5% en 2015 et une augmentation du taux d'utilisation SRO/ZINC qui se situe à 92,7% en 2015 (pour une cible de 80%) contre 89% en 2014^{vi}.

En matière de lutte contre les maladies transmissibles, le fardeau du paludisme a connu une régression significative de plus de 50% entre 2009 et 2014. En effet, la prévalence parasitaire est passée de 3 à 1,2% et la mortalité toutes causes confondues de 72 ‰ à 33‰ chez les moins de 5 ans.

Le taux de succès au traitement des nouveaux cas de TB à bacilloscopie positive est stationnaire autour de la cible fixée de 88% alors que la proportion de PVVIH mises sous ARV a connu une nette augmentation imputable à la décentralisation de la prise en charge des PVVIH. L'indicateur est passé de 50% en 2014 à 85,25% en 2015, légèrement encore en deçà de la cible de 90% fixée. Le nombre de personnes ayant bénéficié du dépistage du VIH s'est aussi inscrit sur une tendance haussière, avec un résultat proche de la cible.

En matière de prévention, la proportion d'enfants de 0-11 mois complètement vaccinés contre les antigènes du PEV stagne autour de 74% pour un objectif de 70%.

En matière de couverture sanitaire, le ratio nombre de postes/nombre d'habitant est passé de 1 poste pour 10 851 habitants en 2011) à 1 poste pour 10 495 habitants en 2016 alors que la proportion d'infrastructures construites et équipées selon les normes se situe à 50% (en deçà de la cible de 80%). La proportion d'infrastructures équipées est passée de 80% en 2014 à 73% en 2015 (en deçà de la cible de 100%). L'offre de médicaments accusé une baisse, avec un pourcentage de produits traceurs disponibles estimé à 77% en 2015 (en deçà de la cible d'au moins 87%) contre 89% en 2014.

En matière de couverture du risque maladie, le pourcentage de la population ayant bénéficié d'un système de couverture est passé de 32% en 2014 à 46% en 2015 (supérieur à la cible de 42%). Le nombre de cas d'enfants de moins de cinq ans ayant bénéficié de l'initiative de gratuité est évalué à 2 016 765 en 2015 pour une cible de 1 700 000. Le nombre de femmes ayant bénéficié de l'initiative de gratuité de la césarienne est passé de 12 006 à 17 961 alors que le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus ayant bénéficié du plan Sésame a accusé un net recul : 94 151 en 2015 (pour un objectif de 300 000) contre 215 000 en 2014.^{vii}

En dépit des performances enregistrées pour l'amélioration de l'état de santé de la population au cours de ces dernières années, il convient de souligner que le niveau de la mortalité reste élevé au Sénégal. Aussi les efforts

des potentiels demandeurs de services s'accompagne d'une modification du paquet de besoins² dû au fait que les populations vieillissent (les personnes âgées ont un risque plus élevé de handicap), à l'augmentation des problèmes de santé chroniques associés à un handicap (diabète, maladies cardiovasculaires, les maladies mentales), la recrudescence des handicaps liés aux accidents de la circulation, les catastrophes naturelles, les conflits, l'alimentation ou les toxicomanies.

Aussi, les ressources allouées à la mise en œuvre des politiques et des plans sont souvent insuffisantes. L'absence de financement efficace est un obstacle majeur pour la pérennisation des services de l'action sociale et notamment la durabilité de mesures et la possibilité pour les personnes vulnérables d'être exonérées des frais de santé ou d'obtenir des tarifs réduits par rapports à des prestations en santé dont le coût pourraient le faire basculer dans indigences absolue ou le pousser à renoncer aux services de santé.

Enfin de nombreuses personnes handicapées sont exclues de la prise des décisions influant directement sur leur vie, telles : le choix ou le contrôle en ce qui concerne l'assistance qui leur est fournie dans les services de santé ou la définition de paquet de service de santé.

2.1.2. Aperçu sur les performances de santé

Globalement, la tendance est à l'amélioration de la situation sanitaire au Sénégal au cours des dernières années comme en attestent les statistiques officielles et le rapport de performance du MSAS en lien avec les principaux déterminants de l'état de santé de la population. Le taux de mortalité maternelle est passé de 510 pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 401 pour 100 000 naissances vivantes en 2005 et 392 pour 100 000 naissances vivantes lors de l'EDS-MICS 2010-2011). Le taux de mortalité infantile juvénile est passé de 150 pour mille en 1997 à 121 pour mille en 2005 et xxx en 2015.

La mortalité maternelle est de 434 pour 100 000 naissances vivantes. En milieu urbain, il s'établit à 398 décès contre 459 décès en milieu rural pour 100 000 naissances vivantes.

Le niveau de la mortalité infantile bien qu'ayant connu une baisse au cours des dix dernières années est encore élevée, soit 53%. Le risque de mortalité infantile varie sensiblement selon le sexe, le milieu de résidence et la région. Pour les enfants de moins d'un an, on note une surmortalité masculine : 59,6% chez les garçons contre 46,1% chez les filles avec des différences plus perceptibles entre le milieu urbain (41,1%) et le milieu rural (62,1%). Les niveaux de mortalité infantile les plus faibles sont observés dans les régions de Thiès, Dakar et Ziguinchor, avec des quotients inférieurs à 50%. Les régions de Kolda, Kédougou et Sédhiou enregistrent les niveaux de mortalité les plus élevés avec respectivement 100,6%, 95,6% et 79,9%.

La mortalité infantile-juvénile est estimée à 78,7%. La variation selon le sexe est relativement faible (respectivement 81,0% et 76,3% pour les garçons et les filles) alors que des disparités importantes sont observées selon le milieu et la région de résidence. L'indicateur se situe à 56,0% en milieu urbain contre 94,2% en milieu rural, soit une différence de près de 40%. Les niveaux les plus importants sont relevés dans les régions de Kolda, Kédougou, Tambacounda et Sédhiou avec plus de 100 décès pour 1000 enfants

² Selon le RGPHAE 2013, la qualification externe de handicap a montré que le Sénégal compte 138879 personnes handicapées soit 1,4% en 2002. En 2013 la prévalence est passée à 5,9% avec un rapport de masculinité de 88 hommes pour 100 femmes.

Au regards des progrès réalisés par le Sénégal et en perspective des engagements relatives a l'ODD visant a « permettre a tous de vivre en bonne sante et promouvoir le bien etre de tous a tout age. A cet effet, des efforts seront nécessaires pour faire passer le taux de mortalité maternelle aux dessous de 70 pour 100000 naissances vivantes et le taux de mortalité infanto juvénile aux dessous de 25 pour 1000 naissances vivantes a horizon 2030 tel que stipule dans l'agenda mondial.

ODD#3: Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

ODD3.1 Diminuer la mortalité maternelle au dessous de 70 pour 100.000;

ODD3.2 Diminuer la mortalité néonatale en dessous de 12 pour 1.000 et la mortalité infanto-juvénile en dessous de 25 pour 1.000;

ODD3.3 Eliminer les grandes maladies transmissibles et les maladies tropicales négligées;

ODD3.4 Réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être;

ODD3.5 Renforcer la prévention et l'abus de substances psychoactives;

Sources: *Rapport consolidé sur les ODD*

2.2. Tendances des niveaux et sources de financement de la santé au Sénégal

2.2.1. Contexte historique du financement de la santé.

Les premières décennies après l'indépendance du Sénégal ont été marquées par une orientation politique d'assurer le financement de la santé sur des sources publiques en faveur de l'idéologie socialiste dominante. Des changements institutionnels sont introduits en faveur du centralisme ambiant de l'époque : les hôpitaux qui, jusqu'en 1959, étaient des établissements publics devinrent des services publics ; l'Etat met en place les régimes de financement qui assurent la couverture maladie pour ses agents et leurs ayants droits (imputation budgétaire en 1961) et les employés des entreprises privées et parapubliques et leurs ayants droits (institutions de prévoyance maladie en 1975) ; les indigents, pris en charge autrefois par les budgets municipaux et de circonscriptions administratives, sont versés dans le budget général de l'Etat³.

Jusqu'au milieu des années 80s, la plupart des services et formations sanitaires du Sénégal sont produits et financés par l'Etat. Les soins sont offerts gratuitement dans les formations sanitaires publiques dotées par l'Etat d'un budget de fonctionnement qui va progressivement diminuer au fil des années. En effet, suite à la baisse du budget ordinaire du secteur de la santé durant les années 60 et 70, l'Etat a eu des difficultés pour protéger le secteur de la santé au cours des premières années d'ajustement structurel. Ainsi, malgré l'adoption de la politique des soins de santé primaires et une résolution votée par l'assemblée nationale en 1981⁴ de porter la part du budget de la santé à 9% du budget national, celle-ci tombera jusqu'au niveau de 4,9 % entre 1984 et 1985

Le début des années 1990s marque un tournant décisif dans la combinaison des mécanismes de financement de la santé pour adapter le système de santé face aux crises fiscales des années 1980s et les programmes d'ajustement structurel. La politique nationale de santé de 1989 est élaborée pour redresser les insuffisances du financement de la santé et soutenir la viabilité financière des services locaux de santé sous le modèle de l'Initiative de Bamako. L'Etat accorde aux formations sanitaires publiques une dérogation au principe de l'unité de caisse, leur permettant de retenir et d'utiliser les recettes issues de la prestation des soins et de la vente des médicaments pour soutenir l'amélioration de la qualité des services de santé ; des comités de santé sont mis en place pour assurer la gestion des ressources internes générées par les formations sanitaires publiques. Pour impulser ces réformes, l'Etat reprend la résolution de l'assemblée nationale de 1981 et s'engage d'augmenter la part du budget de la santé dans le budget national à 9% à l'an 2000, comme recommandé par l'OMS : la part de la santé dans le budget national a connu par la suite une augmentation de 0,5% par an pour atteindre cet objectif

Le financement de la santé a connu un autre tournant à la fin des années 1990s en conséquence des réformes de décentralisation. A travers la réforme de décentralisation de 1996, l'Etat a dévolu des compétences en matière de gestion des hôpitaux régionaux et des centres de santé, et de construction, d'équipement et de gestion des postes de santé aux collectivités locales. Une part importante du Fonds de Dotation de la Décentralisation, instauré pour compenser les collectivités locales des charges induites du transfert de compétences, est constituée des budgets des formations sanitaires publiques. Les difficultés liées à la mise en œuvre de la réforme de décentralisation de 1996 dans la santé précipitent, cependant, la

⁴ Résolution de mai 1981 votée par l'Assemblée nationale du Sénégal pour ratifier les résolutions 33-32 de Mai 1980 de l'Assemblée Mondiale de la Santé (OMS)

réforme hospitalière et l'autonomisation des hôpitaux publics en 1998 dont les ressources internes générées localement sont devenues une source importante de financement.

En somme, les résultats des réformes organisationnelles et financières successives se sont traduits par une mobilisation accrue des ressources internes et la combinaison des mécanismes de financement public et de financement privé pour faciliter l'adaptation du système de santé aux changements économiques, fiscaux et politiques des premières décennies d'indépendance.

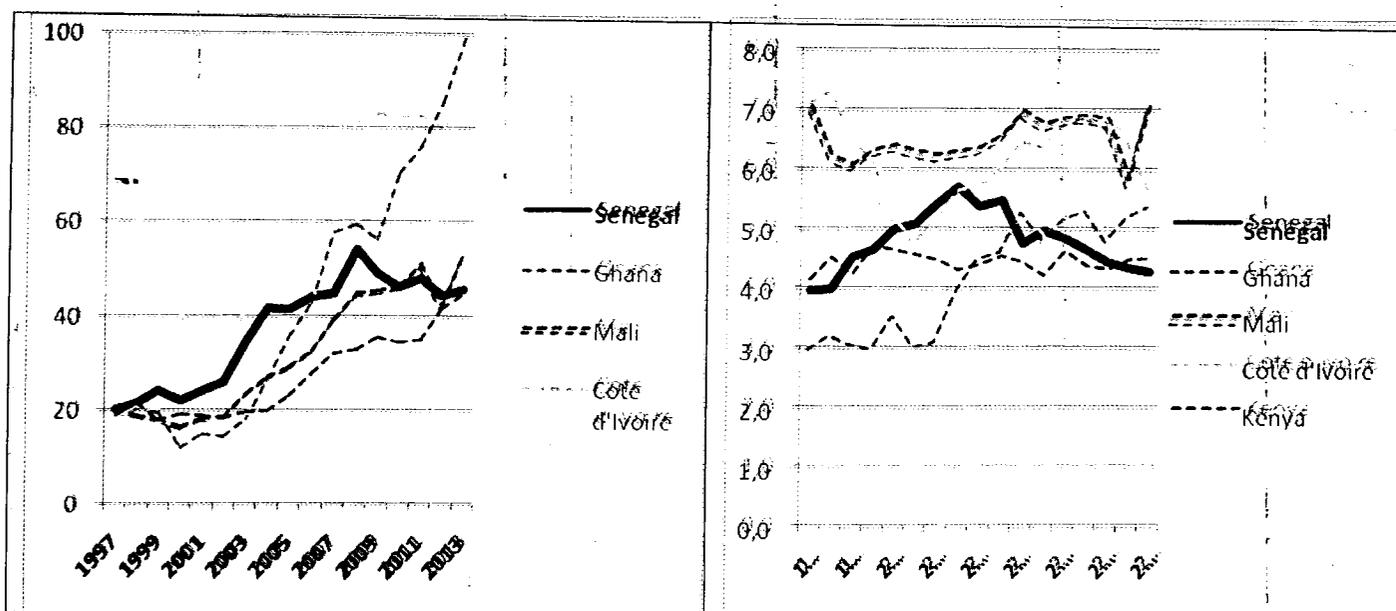
2.2.2. Tendances récentes du financement de la santé.

Sources de financement de la santé. Au Sénégal, le financement de la santé est assuré principalement par l'Etat, les Collectivités locales, les Partenaires techniques et financiers, les Ménages, les Entreprises et les ONG à des proportions différentes. En 2005, les estimations des comptes nationaux de la santé ont situé la part des sources publiques internes à 36% des dépenses de santé ; la part des sources privées internes à 43% ; la part du reste du monde à 21%. Sur la base des comptes nationaux de la santé de 2013 la part respective des sources de financement s'élève à 57,92% pour les ménages, 22,98% pour l'administration publique, 13,55% pour le reste du monde et 5,21% pour les entreprises et 0,34% pour le compte des ISBLSM. En d'autres termes, le financement privé est resté la première source de financement de la santé au Sénégal. Par ailleurs, la part de l'assistance étrangère dans le financement de la santé est inscrite à la baisse.

Niveaux des dépenses de santé. Les dépenses totales de santé ont connu une rapide expansion au Sénégal depuis les années 2000s, comparées à la période des années 90s (voir figures 1 et 2). Les dépenses totales de santé (DTS) par tête ont plus que doublé de 20\$US en 1998 à 54\$US en 2008. Des tendances comparables ont été observées dans les autres pays Africains en conséquence de la plus haute priorité accordée à la santé pour atteindre les OMD-Santé dans un contexte fiscal plus favorable résultant de la combinaison de la reprise économique, l'amélioration des performances fiscales, les initiatives de réduction de la dette et la mise en place de nouveaux instruments de financement de la santé au niveau global. En contraste aux tendances régionales, cependant, les tendances des DTS du Sénégal ont connu une inversion à partir de 2008 pour baisser à 44\$US en 2012.

Figure 1. Dépenses totales de santé par tête en \$US

Figure 2. Dépenses totales de santé en % du PIB



Source : Base de données OMS sur le Financement de la santé
(<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>)

La part des DTS en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) indique que cette inversion des tendances au Sénégal a commencé en 2005 et s'est poursuivie jusqu'en 2013. Les tendances de la part des DTS en pourcentage du PIB ont fluctué au Sénégal entre 4% et 5% entre 1998 et 2013 dans une position intermédiaire entre le Ghana et le Kenya d'une part et la Côte d'Ivoire et le Mali d'autre part. Le cas du Ghana est riche de leçons : le pays a connu l'accroissement des niveaux de dépenses de santé par tête, le plus rapide et le plus soutenu depuis l'adoption de la loi sur l'assurance maladie en 2013 et l'institution d'un fonds national de l'assurance maladie financé par une majoration de 2.5% de la TVA.

2.3. Forces, défis majeurs du financement de la santé

2.3.1. Offre de services de qualité et achat stratégique

Dans la dernière décennie, l'Etat du Sénégal a consenti des efforts substantiels de densification de l'offre de services pour accompagner la mise en œuvre des orientations du PNDS et améliorer la couverture en infrastructures.

Malgré les progrès réalisés dans la matérialisation de la politique de santé et des orientations de l'Etat visant à rendre disponibles et accessibles les services de santé à toute la population, l'offre de services n'a pas encore atteint le niveau de prestations permettant de sécuriser chaque individu.

De façon globale, l'offre de services de santé fait face à un ensemble de défis liés à (i) sa capacité à anticiper l'évolution des besoins dans le temps, et à identifier les priorités nationales, (ii) la prise en compte intégrale du secteur privé (iii) la capacité du système de prestations à mettre en place une combinaison de mécanismes de financement qui incitent et maintiennent un niveau de qualité élevé dans la fourniture de services de santé et la couverture des besoins des populations -

2.3.1.1. Paquet essentiel de services de santé:

La carte sanitaire sanitaire et sociale est un outil de régulation de l'offre de services de santé consacre par un acte réglementaire (décret). Elle organise d'une manière rationnelle et équitable l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. A cet effet, la carte sanitaire Elle définit. Elle définit un paquet minimum de services exigé et un paquet maximum de services autorisé à chaque niveau de la pyramide sanitaire ainsi que les différents intrants nécessaires pour répondre de façon optimale aux objectifs de santé. Cependant, le respect et l'application de ces normes tarde a etre effectif.

Au cours des dernières décennies, le niveau de ressources destinées à financer l'accès des populations aux paquets de services a augmenté progressivement. L'analyse des séries de comptes nationaux de santé (CNS) montre une augmentation considérable des dépenses de santé qui sont passées de 245 milliards de FCFA en 2005 à 410 milliards de FCFA en 2013 soit une augmentation de près de 60%. Le budget alloué par l'Etat au MSAS est passé de 110 505 288 086 FCFA en 2012 à 163 522 351 000 FCFA en 2017 soit une augmentation de 47,97 % en valeur relative.

En dépit des efforts consentis, le système de santé ne permet pas encore un accès équitable aux paquets de services définis par la carte sanitaire. Une des raisons de ce manque d'équité, est la mauvaise répartition des ressources dans les zones rurales ou les localités enclavées.

En effet, le système d'allocation des ressources aux programmes et services de santé sur une base historique a été à l'origine de disparités dans le financement des programmes à différents échelons de la pyramide. Les séries des CNS 2005, 2008 et 2013 révèlent que les poste de santé, premier accès aux services de santé des populations pauvres ou celles situées en milieu rural ou dans les zones enclavées reçoivent moins de 10% des ressources publiques. L'essentiel du financement public est destiné aux hôpitaux et centres de santé. La promotion de l'accès aux soins de santé à moindre coût qui est une priorité nationale ne reflète pas l'allocation des ressources destinées à la production de services de santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Tableau xxx : Répartition du financement aux différents échelons de la pyramide sanitaire

Indicateurs		Résultats		
		2005	2008	2013
Part du financement public vers le niveau périphérique (districts = postes de santé et centres de santé) dans le financement public des prestataires publics de soins		47,30%	26,18%	33,49%
<i>dont</i>	<i>postes de santé</i>	10,17%	5,68%	4%
	<i>centres de santé</i>	37,13%	20,50%	29,49%
Part du financement public vers les hôpitaux dans le financement public des prestataires publics de soins		51,28%	71,92%	66,41%

Source CNS2005, 2008 et 2013

Dans le domaine des programmes prioritaires, l'examen des résultats de l'exercice 2013 des comptes de la santé révèle que seul 6% des dépenses courantes de santé sont consacrées à la santé de la mère et de l'enfant qui a été déclinée dans le PNDS 2009-2018 comme un objectif stratégique et considérée comme une priorité nationale de haut niveau compte tenu des engagements du Sénégal en matière de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Ce constat doit être nuancé du fait que l'architecture des programmes DPPD en 2013 ne permettait pas une discrimination précise des ressources par programmes, ce qui a amené le MSAS à structurer le nouveau DPPD 2017 -2019 en quatre programmes (pilotage coordination gestion, services de santé de base, services de santé de référence, protection sociale). Cette nouvelle architecture permet une meilleure identification des ressources allouées à chaque programme.

Tableau xxx : Dépenses courantes par objectif stratégique du PNDS en 2013

Objectif stratégique	Dépense en 2013	Proportion
OS.1 Santé mère et enfant	24 829 278 582	6,05%
OS.2 Lutte contre la maladie	334 023 458 215	81,43%
OS.3 RSS	47 288 925 043	11,53%
OS.4 Gouvernance	3 918 129 402	0,96%
OS.5 Groupes vulnérables	139 145 630	0,03%
	410 198 936 871	100,00%

Source : CNS2013

Au cours de la décennie en cours, le Sénégal a fait des avancées significatives dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant avec un appui consistant des partenaires. Toutefois, la pérennisation des acquis ne sera garantie que lorsque l'Etat aura inversé la tendance en devenant le premier bailleur de la SRMNIA. En effet, la part des partenaires techniques et financiers dans le financement de la SRMNIA est de 81,33% contre 13,63% pour l'Etat.

Tableau xxx : Répartition des dépenses de santé liées à la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle et infantile juvénile

	Dépenses	PROPORTION
FS.RI.1.1 Administration publique	33 383 398 934.00	13,63%
FS.RI.1.2 Entreprises	320320 295 937.00	1,29%
FS.RI.1.3 Ménages	852852 444 147.00	3,43%
FS.RI.1.4 ISBLSM	7979 777 838.00	0,32%
FS.RI.1.5 Reste du monde	2020 193 361 727.00	81,33%
TOTAL	2424 829 278 583.00	100%

Source : CNS2013

Certes, des efforts conséquents ont été réalisés dans le renforcement, la disponibilité et l'accessibilité de paquets de services liés aux maladies transmissibles. Toutefois, dans le domaine des maladies chroniques qui connaissent une recrudescence accélérée au Sénégal, l'offre de services de santé n'a pas encore réussi à apporter une réponse adaptée à la transition épidémiologique en cours.

La prévention des maladies non transmissibles requiert une attention particulière car ce sont pour la plupart des maladies chroniques à soins coûteux et dont la survenue dans un ménage peut faciliter le basculement de celui-ci vers la pauvreté. En outre, leur prise en charge constitue un coût pour l'Etat et l'économie du pays.

En 2013, les maladies non transmissibles ont absorbé près de 30% des dépenses courantes de santé soit un volume de 122.802.000.000 FCFA ; ce qui en fait la seconde entité de dépenses courantes après les maladies infectieuses. Les maladies non transmissibles dont un des leviers de développement reste l'urbanisation, la sédentarisation des populations, le changement des habitudes alimentaires, constituent désormais la deuxième cause de mortalité, après le paludisme, dans les structures de santé au Sénégal.

Tableau xxx: Répartition des dépenses courantes par maladies/affections en 2013

Classification des maladies / affections	Dépenses (millions FCFA)	Part
DIS.1 Maladies infectieuses et parasitaires	163163 110	39,76%
DIS.2 Santé de la reproduction	3939 285	9,58%
DIS.3 Carences nutritionnelles	1414 850	3,62%
DIS.4 Maladies non transmissibles	1212 2802	29,94%
DIS.5 Traumatismes	2525 009	6,10%
DIS.6 Non lié à une maladie spécifique	108	0,03%
DIS.nec Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (h.c.a.)	4545 034	10,98%
TOTAL	410410 199	100%

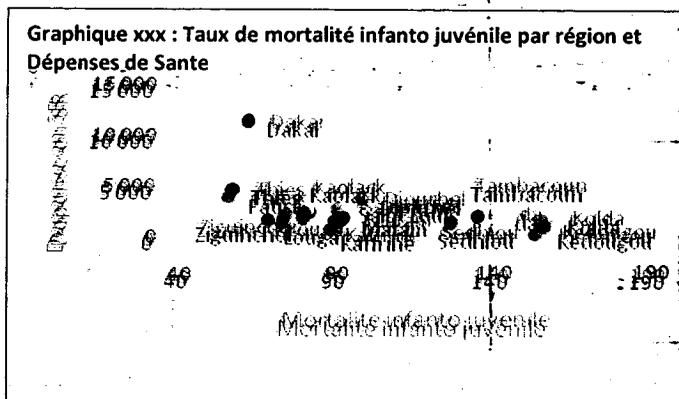
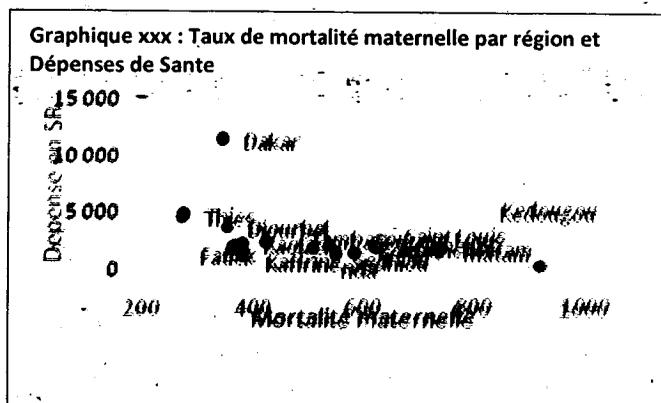
Source CNS 2013

Les maladies cardiovasculaires constituent celles qui présentent la grande menace dans l'évolution actuelle de la structure démographique et des conditions environnementales du Sénégal

Les dépenses de promotion de la santé et plus particulièrement l'adaptation des priorités en matière de prévention doit démontrer d'une flexibilité et une forte capacité à anticiper sur les tendances des changements dans le profil démographique et épidémiologique du pays. La prévention et le renforcement des capacités du système de santé à prendre en charge les maladies non transmissibles et chroniques est inscrite dans les orientations clefs du PSE. L'engagement de l'Etat à subventionner la dialyse contribue à matérialiser le souci et les orientations politiques visant à réduire l'exposition des individus aux risques liés à ces maladies. La stratégie de financement doit contribuer de façon efficace à matérialiser cette ambition du Gouvernement.

La mise en avant de l'équité et le respect de critères établis d'allocation des ressources est une priorité pour renforcer l'accès équitable aux services de santé et le financement des priorités nationales de santé publique.

Les tendances dans l'allocation des ressources ne reflètent pas les disparités spatiales dans la répartition de la charge de la morbidité. L'examen des résultats des comptes nationaux 2013 révèle que les régions du Sud Est qui ont les taux de mortalité infanto juvénile les plus élevés du pays bénéficient de moins de ressources. Une part importante des financements liés aux services de SRMNIA sont concentrés dans un triangle Dakar, Thiès et Kaolack, régions qui ont les taux de mortalité maternelle et infanto juvénile les moins élevés.



La capacité du système à capturer les opportunités liées aux changements dans les cadres de politiques en vue de renforcer la performance des programmes prioritaires constitue un défi majeur pour disposer de moyens de faire des progrès significatifs vers la CSU.

Les changements récents dans le contexte politique offre une opportunité pour renforcer les progrès dans le domaine de la SRMNIA considérée comme une des priorités phares pour le secteur de la santé. Le Plan Sénégal émergent considère que « la satisfaction des besoins sociaux de base constitue un facteur essentiel à la promotion du développement humain durable. De manière spécifique, le Sénégal veut concrétiser l'éducation de qualité pour tous, la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, l'accès à un cadre de vie amélioré et la réduction de la dégradation de l'environnement ».

Dans la perspective de renforcer l'effort interne dans le financement des programmes prioritaires de santé publique, l'Etat du Sénégal exploite de plus en plus les mécanismes d'emprunt pour accélérer les progrès. A cet effet, avec l'appui de l'état, le MSAS a initié en 2016 des efforts allant dans le doublement des positions dans les postes de santé. Par ailleurs, des initiatives ont été développées et des dossiers d'investissement sont en cours de préparation pour financer les gaps de l'offre de services SRMINA. Ces

processus devront accorder une attention particulièrement à la mise en place de mécanismes décisionnels qui mettent en avant l'équité dans l'allocation des ressources.

La capacité du système de prestation des services à s'adapter aux exigences de l'extension de la couverture maladie universelle (CMU) et d'adapter les paquets de services aux évolutions du profil démographique constitue un défi.

La mise en œuvre de la couverture maladie offre un cadre de négociation et de dialogue entre les institutions de tiers payants, les collectivités locales et l'Etat pour créer et mettre en œuvre des instruments de négociation et de financements susceptibles de renforcer les performances du système d'offre de services sociaux et de santé pour une meilleure adaptation aux besoins des populations. Dans la perspective de l'extension de la CMU, le contrôle des dépenses et l'efficacité dans la fourniture des services est une option incontournable pour assurer un rapport coût/efficacité de services que le système d'offres de services de santé devra mettre en avant afin de garantir un accès d'un maximum de population aux services de santé et soutenir la viabilité des régimes.

Les efforts consentis par les différents agents (Administration publique, les ménages, les sociétés, les PTF) et l'augmentation des ressources transférées aux programmes et formations sanitaires pour répondre à la demande de services de santé des populations témoignent du dynamisme de la demande et de la nécessité pour l'offre de services de s'ajuster pour s'adapter aux exigences et aux besoins de la population. En vue de rationaliser les ressources nationales et l'offre de paquets de services, des efforts devront être fait pour garantir au mieux l'accès aux services de base et le respect de la pyramide sanitaire.

2.3.1.2. Capacités du système de prestation de services de santé: (2 pages)

A travers la mise en œuvre de la politique de densification de l'offre de service les investissements publics ont permis de réaliser un maillage du territoire en formations sanitaires fonctionnelles avec un dispositif sanitaire du secteur public composé de trente-quatre (34) hôpitaux, cent un (101) centres de santé et mille trois cent quarante-quatre (1344) postes de santé, deux mille six cent soixante-six (2666) cases de santé et deux mille six cent cinq (2605) sites communautaires, un réseau national de 170 laboratoires d'analyse biomédicaux. Le développement des infrastructures a été accompagné par la mise en place d'une politique nationale de maintenance et d'un dispositif institutionnel et opérationnel à travers la DIEM chargée de mettre en œuvre la politique de maintenance dans le secteur de la santé.

Les services de santé des forces de défense et de sécurité disposent de 2 hôpitaux à Dakar (Hôpital Principal de Dakar et Hôpital Militaire de-Ouakam), de 21 centres de santé (centres médicaux de garnison et centres médicaux inter armées) et de 34 postes médicaux à Dakar et dans les régions.

Dans le cadre de l'approfondissement de la décentralisation, l'Etat a procédé à la décentralisation du budget consolidé d'investissement (BCI) aux collectivités locales pour la construction et l'équipement de postes de santé qui concourent à renforcer la participation et l'engagement des collectivités territoriales dans le suivi et l'exécution des investissements planifiés dans leur zone.

Le Sénégal dispose, depuis 2006, d'une politique pharmaceutique dont le but est d'assurer la disponibilité géographique et l'accessibilité financière des médicaments de qualité à toutes les couches de la population sur l'ensemble du territoire. Cet objectif a été clairement pris en compte dans le PNDS 2009-2018 à travers l'orientation stratégique numéro 7 qui préconise l'amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux.

Les efforts consentis par l'Etat et le secteur privé national ont permis de réaliser des acquis considérables dans le secteur pharmaceutique qui constituent une base pour garantir une disponibilité de médicaments et produits essentiels de qualité. Il s'agit, entre autres, de l'existence de: (i) une Pharmacie Nationale

d'Approvisionnement disposant d'une politique claire et d'un maillage du territoire en Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA), (ii) un secteur privé dynamique qui dispose d'environ mille soixante (1060) officines privées et dépôts médicaments et offre une plateforme nationale d'approvisionnement et de distribution de spécialités et de génériques, (iii) un centre national de transfusion sanguine comme cadre de référence pour la coordination et la mise en œuvre d'une politique nationale du sang sur l'ensemble du territoire national et (iv) une politique pharmaceutique nationale (DPM, LNCM, CAP...) avec des instruments de régulation, de contrôle et d'inspection visant à garantir une qualité du médicaments et des produits biologiques sur l'ensemble du territoire national.

Des efforts ont été consentis par l'Etat du Sénégal pour atteindre des ratios de : 1médecin pour 12373 habitants contre une norme de 1 pour 10000 habitants ; 1 infirmier pour 4 320 habitants contre une norme de 1 pour 3 000 habitants et 1 Sage-femme pour 2426 FAR contre une norme de 1 pour 300 FAR. Globalement, les ressources humaines dans la sante dans les catégories socio professionnelle techniques (médecins, infirmiers, sages-femmes, techniciens supérieurs en sante, pharmaciens, chirurgiens-dentistes) ont connu une progression de 7.33% passant de 14.463 agents en 2010 a 15.514 agents en 2012.

Récemment, le Ministère de la santé et de l'action sociale a mis en œuvre des initiatives qui ont permis de consolider des acquis dans le domaine des ressources humaines dans la sante , lesquels servent de pilier pour avancer vers la Couverture sanitaire Universelle dont le développement de : (i) une politique claire de gestion des ressources humaines (PNDRHS, IHRIS), (ii) le développement d'un plan de formation continue, (iii) l'approche par compétence, (iv) l'existence d'un plan de carrière dans la fonction publique, (v) le budget de l'Etat pour le paiement du personnel de santé, (vi) l'initiative de couverture en personnel dans les zones d'accès difficiles (SAFI et contractualisation avec domiciliation de poste- budgétaire au niveau régional).

Au cours des dernières décennies, le secteur de la santé a consolidé une série d'acquis pouvant servir de base pour densifier l'offre de services de santé des progrès vers la couverture sanitaire universelle. Toutefois des gaps persistent encore et des efforts considérables seront nécessaires pour matérialiser l'ambition du Sénégal d'avancer vers la couverture maladie universelle et offrir à chaque individu la protection qui conforte ses besoins en services sociaux et de sante.

Les difficultés rencontrées dans la programmation des investissements au niveau du secteur de la santé sont en grande partie dues au non-respect de la carte sanitaire. Pour aligner l'offre de services sur les exigences actuelles de la carte sanitaire, le Sénégal devra mettre en place des ressources conséquentes pour combler les gaps en infrastructures et en équipements. Les retards d'investissements dans le domaine de l'action sociale ont créé un déficit de 411 CPRS, 2555 agents, 411 conseillers, 2044 intervenants pour offrir le paquet de services sociaux et la protection des enfants, handicapés et personnes âgées. En ce qui concerne la desserte en formations sanitaires, on note des gaps en infrastructures et équipements qui impactent négativement sur la couverture et la qualité des services. Le déficit de personnel est doublé d'une répartition inadéquate des infrastructures et des ressources avec une forte concentration autour de Dakar et Thiès qui ont absorbé 49,82% des dépenses courantes de santé du Sénégal en 2013.

Des efforts devront être faits dans la résorption du déficit de personnels en nombre et qualité et dans l'allocation des ressources en vue de corriger la prépondérance et l'iniquité dans la répartition géographique avec 71% des médecins concentrés à Dakar et Thiès contre 29% pour le reste du pays et 56,1% des IDE et SFE à Dakar et Thiès contre 43,9% pour les 12 autres régions.

Les efforts de planification des ressources humaines devront mettre l'accent sur la prospective et les capacités du système de santé à anticiper les mutations du profil épidémiologique en vue d'améliorer l'adéquation entre la formation et les besoins. Les efforts devront viser la résorption des gaps persistant en terme de spécialistes et d'adéquation de l'évolution des besoins liés au profil épidémiologique avec les spécialistes formés, recrutés et disponibles.

Enfin, pour garantir la qualité des médicaments des efforts sont nécessaires pour renforcer les moyens de contrôle (corps des inspecteurs, réglementation contre les médicaments illicites etc.) et le système d'assurance qualité des médicaments et produits essentiels. Malgré les efforts consentis pour la mise en œuvre d'une politique de promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments distribués par la PNA et les grossistes répartiteurs, le système pharmaceutique se heurte au développement d'un marché illicite des médicaments. Ce dernier contribue à l'implantation de facteurs d'utilisation irrationnelle des médicaments avec son corolaire sur la santé des populations et de façon plus large sur l'économie nationale. En outre, il faut noter qu'une partie non négligeable du budget de médicaments et produits de santé des programmes prioritaires provient des partenaires dont l'OMS, le FM, la BM, UNITAID, FNUAP, GAVI, UNICEF, USAID, OMS, OMVS, DAHW. Pour garantir la viabilité et la durabilité des financements des médicaments et produits essentiels, l'Etat devra faire des efforts additionnels de mobilisation de ressources internes pour réduire la dépendance aux PTF pour l'acquisition de médicaments pour les programmes prioritaires. Enfin des efforts sont nécessaires pour renforcer le capacités du système de gestion, d'assurance qualité et de distribution du sang compte tenu de la place stratégique du sang dans la lutte contre les décès maternels liés aux hémorragies et pour faire face aux besoins récurrents liés à la prise en charge des accidents.

2.3.1.3. Secteur privé et offre de services de santé:

Le Sénégal dispose d'un secteur privé de la santé dynamique qui a contribué pour 0,2% du PIB en 2010. Le secteur privé de la santé apportent une contribution substantielle dans la densification de l'offre de services et par-delà à la réalisation des prévisions de la carte sanitaire. Le secteur privé de la santé dispose de 4 hôpitaux, de 24 cliniques, de 414 cabinets médicaux et des services médicaux d'entreprises, une vingtaine de laboratoires d'analyses médicales.

En outre, le secteur privé de la santé au Sénégal génère de nombreux emplois indirects: para médecine (kinésithérapie, cabinets d'infirmiers, etc.), pharmacies, laboratoires d'analyses. La médecine privée a largement contribué au relèvement du plateau technique avec l'introduction du scanner, de l'Imagerie par résonance magnétique (IRM), des analyses de laboratoire de pointe, la procréation médicalement assistée, la chirurgie coelioscopique, l'assurance qualité dans le domaine de la santé, la numérisation et le dossier médical informatisé.

Dans les récentes années, le secteur privé pharmaceutique a commencé à s'impliquer dans la production de médicaments à travers la mise en place de nouvelles unités de production de médicaments qui viennent renforcer les usines existantes; ouvrant ainsi des perspectives pour valoriser davantage un savoir-faire local et suppléer le marché national ou régional en médicaments et produits stratégiques. Toutefois, le potentiel offert par le dynamisme du secteur privé de la santé au Sénégal n'est pas suffisamment valorisé par le système public. D'une part, l'offre de services de santé du secteur privé est insuffisamment capitalisée au profit de la densification de la couverture sanitaire. D'autres part les données et contributions du secteur privé à l'offre de services sont faiblement capturées et valorisées dans le calcul et l'analyse des indicateurs de santé. Enfin les conditions d'accès aux crédits d'investissements et aux incitations fiscales limitent les capacités du secteur privé de la santé à offrir des coûts de prestations accessibles.

Dans la perspective du développement de la CMU et de façon plus spécifique le processus de consolidation des régimes, le recours au partenariat public privé constitue une opportunité pour l'Etat d'utiliser au mieux les plateformes médicaux et pharmaceutiques pour renforcer la disponibilité des services et créer une meilleure complémentarité entre les plateformes publiques et celles relevant du privé. La mise en place de mesures d'incitation fiscales, de subvention susceptibles d'avoir soit un effet sur le

prix des services facturés aux clients soit pour améliorer la qualité des services, constituent des pistes de partenaires à explorer dans le cadre du partenariat public privé.

La mise en œuvre des contrats de performances constitue une opportunité susceptible de faciliter l'installation de jeunes diplômés dans des zones non suffisamment desservies ou créer un cadre de collaboration dans la rationalisation des prescriptions et l'utilisation des génériques dans le secteur privé médical.

Enfin, les instruments de financement et de garanties mis en place par l'Etat (à travers le fonds souverain d'investissements FONGIP/FONGIS) ouvrent des pistes de partenariat multi acteurs pour développer un hub pharmaceutique ou développer les unités d'aide au diagnostic (laboratoires d'analyses, imagerie médicales, etc.) qui pourrait tirer profits des opportunités de la sous-région tout en créant une plateforme de services et amont et en aval de l'industrie.

2.3.1.4. Mécanismes d'achat des services de santé:

L'efficacité dans l'allocation des ressources et leur utilisation déterminent la manière dont le pays bénéficie des dépenses de santé. L'achat de service prend en compte: l'allocation des ressources, les mécanismes de paiement, et la gestion des motivations financières à la fois des prestataires de service et des utilisateurs.

Selon les CNS 2013, un total de 400 milliards a été mobilisé par différents agents pour permettre au système de santé de financer les activités de santé ou acheter les biens et services fournis par les prestataires de soins. Le volume important des transactions conjuguées à la diversité des agents impliqués dans l'achat de services de santé témoignent des enjeux et problématiques liées à l'allocation des ressources à l'offre de services pour acheter des biens et services et produire des prestations accessibles à moindre coût pour la population.

Depuis les indépendances, le Sénégal a souvent utilisé les mécanismes de budgets pour transférer des ressources à l'offre de services de santé en vue de réaliser ses missions. Depuis 2000, le Sénégal expérimente une approche de « mix-achat » en combinant des mécanismes d'achat passifs basés sur des transferts budgétaires classiques servant à financer les activités de l'offre de services et des mécanismes d'achat basés sur les résultats tel (i) le FBR qui est un mécanisme d'achat de prestation qui met l'accent sur un résultat négocié avec les prestataires et les districts sanitaires, (ii) les contrats de performances d'objectifs et de moyens (CPOM) utilisés par le Ministère des Finances et le Ministère de la santé pour financer les EPS qui s'engagent à résoudre un problème spécifique dans un des six domaines définis comme un domaine d'amélioration de la qualité ou de la performance opérationnelle des EPS, (iii) le mécanisme d'achat de la performance (MAP) qui est appliqué aux équipes de management dans les régions médicales et des districts sanitaires et enfin (iv) le financement direct considéré comme une modalité de transfert de ressources basée sur la négociation avec les régions médicales ou districts sanitaires bénéficiaires de résultats spécifiques à la SRMNA.

La mise en œuvre des mécanismes d'achat stratégiques, des contrats de performances et autres modalités de financement axés sur la résolution d'un problème spécifique est complémentaire aux transferts budgétaires car la négociation porte sur la résorption de gaps spécifiques liés à la qualité, la disponibilité des services pour réduire l'inefficacité dans l'utilisation des ressources mises à la disposition de l'offre de services.

Le recours du MSAS à l'utilisation du « mix achat » vise à renforcer la capacité du système tout en maintenant un certain niveau de motivation du personnel et de compétitivité du système de prestations de

services a différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'inscrit aussi dans le contexte des réformes budgétaires et financières, initiés avec la budgétisation axée sur les résultats qui s'est récemment étendue au Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses (DPPD) adopté par le MSAS dans le cadre de la mise en œuvre des réformes budgétaires engagées dans l'espace UEMOA.

Au Sénégal, l'évaluation du FBR a montré un effet positif dans les indicateurs dans les zones et les paquets de services inclus dans la négociation. La mise en œuvre du FBR a aussi suscité des changements autour des points suivants : le statut de l'ICP, l'implication du comité de santé, l'implication du personnel, les rapports de travail avec le personnel communautaire, la qualité des services et prestations, l'organisation de la structure, la gestion des médicaments, la gestion financière de la structure, les horaires et le volume du travail, et l'utilisation des bonus FBR.

En ce qui concerne les investissements dans les EPS, la mise en œuvre des CPOM est alignée avec les réformes de finances publiques et constitue un levier pour aider les EPS dans la ré-priorisation des investissements. Les CPOM s'exécutent dans le cadre d'un accord tripartite Ministère des Finances de l'Economie et du Plan, Ministère de la santé et de l'action sociale, l'Etablissement publique de santé. Ils constituent un mécanisme de transfert de ressources aux EPS visant principalement à améliorer l'accès aux soins, l'amélioration de la qualité des services et le renforcement de la gestion. De façon spécifique, les CPOM s'établissent selon les priorités identifiées et validées par les EPS dans l'un ou plusieurs des domaines suivants : (i) l'accessibilité financière, (ii) la qualité des services, (iii) le système de référence/contre référence, (iv) le système d'information et le (v) le système de gestion.

La combinaison de différents mécanismes d'achat de services souvent complémentaires a permis dans les zones pilotes de (i) accroître la responsabilisation des prestataires, (ii) asseoir une approche multisectorielle autour des performances de l'offre de services (Etat, CL, Société civile, PTF), (iii) créer des synergies entre des leviers complémentaires de financement (FBR, CPOM, MAP, Financement direct), (iv) rendre systématique l'évaluation des performances et l'audit de la qualité des données, (v) améliorer la motivation du personnel et des acteurs communautaires.

2.3.1.5. Défis majeurs dans l'offre et l'achat stratégique des services de santé

La Couverture sanitaire Universelle vise la protection des individus et met l'accent sur l'accès équitable des personnes et des ménages à un paquet de services sociaux et de santé sans risque de s'appauvrir. La carte sanitaire a défini un paquet minimum exigé et un paquet maximum autorisé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Dans la perspective de la Couverture sanitaire Universelle, la stratégie nationale de financement de la santé met en avant la capacité du système à garantir la disponibilité d'un ensemble de services de santé et sociaux à toute la population pour satisfaire les besoins ou les exigences liés aux services qui supportent la part la plus élevée de la charge de morbidité.

La disponibilité et l'accessibilité des paquets de services à moindre coût pour la population restent dépendantes d'un ensemble de défis liés à (i) la disponibilité géographique et l'accessibilité financière des médicaments et produits essentiels de qualité, la disponibilité du sang et dérivés à tous les niveaux, (iii) l'adaptation des textes et le respect de la législation et de la réglementation liée aux médicaments et produits essentiels de qualité, (iv) la disponibilité et la fidélisation du personnel de santé à tous les niveaux avec un plan de relève, (ii) la prévision des effectifs selon les besoins de la carte sanitaire et le profil épidémiologique, (vi) la fonctionnalité des infrastructures sanitaires et équipements avec le respect de la carte sanitaire et fonctionnalité des structures de maintenance, (vii) l'effectivité de l'offre de services de santé de qualité à tous les niveaux, (viii) fonctionnalité des systèmes d'accueil et d'orientation, et (ix) le

respect de la charte du malade, (x) l'institutionnalisation des mécanismes des mécanismes d'achat stratégique et l'intensification et leur adaptation aux contextes locaux et problématiques clefs du système.

2.3.2. Protection contre les risques affectant la santé (déterminants de la santé)

Les déterminants sociaux de la santé sont définis comme étant « *les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, y compris le système de santé* ». (OMS 2004).

Par conséquent, l'action sur les déterminants sociaux passe par l'instauration du dialogue et de la coopération entre tous les secteurs de sorte que la santé soit prise en considération dans les politiques publiques pertinentes et que l'action intersectorielle soit renforcée. Dans le cadre de cette stratégie, il est surtout question de mettre l'accent sur les dimensions qui ont un impact évident dans les dépenses de santé. En effet le secteur de la santé gère généralement les effets d'actions relevant d'autres acteurs de la vie économique et sociale. Cela influe ainsi sur les dépenses de santé. Agir en amont sur ces actions en les amenant à internaliser le volet santé pourrait avoir un impact significatif dans le financement du secteur.

Au plan des textes, la constitution du Sénégal consacre le droit à la santé et le bien-être pour tous les citoyens. Des textes réglementaires et des lois concourent à la lutte contre l'exposition aux facteurs de risques pour la santé et l'environnement. Cependant, des inégalités persistent dans l'effectivité de ce droit en raison de disparités sociales, économiques et territoriales.

Toutefois des insuffisances sont notées dans l'application des lois et textes réglementaires dans les domaines de l'hygiène, de l'eau et l'assainissement, de la lutte antibac, de la consommation d'alcool, de l'usage des stupéfiants, de la préservation de l'environnement, de la santé et sécurité au travail, du contrôle des médicaments et des aliments, de l'exercice de la médecine, de l'aménagement du territoire, et les grands travaux à haut impact environnemental.

2.3.2.1. Déterminants environnementaux

La protection sociale au Sénégal est à un niveau de couverture faible. Les filets de protection n'arrivent toujours pas à satisfaire la demande grandissante au moment où la Banque Mondiale (BM) estime le seuil de pauvreté à 46,7 % (BM-2015). L'accessibilité des soins se pose avec acuité, notamment pour les segments les plus pauvres, qui ne bénéficient pas d'une couverture médicale. Les systèmes d'assurance maladie ne sont pas à leur portée (80% de la population). Les populations dont les niveaux de pauvreté sont les plus élevés, sont essentiellement dans les régions de Kolda (76,6%), Kédougou (71,3%), Sédhiou (68,3%), Ziguinchor (66,8%) etc. ; et elles sont généralement sans emploi ou exercent dans les secteurs ruraux et informels^{viii}.

La sécurité alimentaire est difficilement assurée si l'on en juge par la prévalence des enfants présentant une insuffisance pondérale. En 2011, celle-ci était de 18% contre 17% en 2005. La progression de la malnutrition entre les deux dernières enquêtes, reste très élevée pour certaines régions du Sénégal [Kaffrine (+117%) Kaolack (+59%) Dakar (+56%) et Thiès (+16%)]⁵.

L'emploi suit la tendance du rythme des activités économiques. Entre 2002 et 2011, le taux d'occupation est passé de 45,4% à 43,8%^{ix}. Les progrès dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant sont ralentis par les comportements à risque, le niveau de pauvreté élevé, et l'insuffisance de l'accessibilité géographique et financière à des soins de qualité notamment en milieu rural.

⁵Rapport Annuel PNUD -2013

Tous ces indicateurs qui influent sur la santé des populations dictent une synergie d'actions entre le secteur de la santé et les différents autres secteurs de développement, la Société Civile et les Collectivités locales pour mettre en place des programmes cohérents permettant aux populations d'avoir un meilleur accès à l'éducation, la santé, l'assainissement, la sécurité alimentaire, l'emploi etc. et ainsi diminuer les risques d'exposition qui affectent la santé.

La constitution du Sénégal consacre le droit à la santé et le bien-être pour tous les citoyens. Des textes réglementaires et des lois concourent à la lutte contre l'exposition aux facteurs de risques pour la santé et l'environnement. Cependant, des inégalités persistent dans l'effectivité de ce droit en raison de disparités sociales, économiques et territoriales.

Des insuffisances sont également notées dans l'application des lois et textes réglementaires dans les domaines de l'hygiène, de l'eau et l'assainissement, de la lutte antitabac, de la consommation d'alcool, des boissons sucrées, de l'usage des stupéfiants, de la préservation de l'environnement, de la santé et sécurité au travail, du contrôle des médicaments et des aliments, de l'exercice de la médecine, de l'aménagement du territoire, etc.

La préservation de l'environnement et du patrimoine est depuis quelques années un enjeu mondial, synonyme de responsabilité envers les générations futures.

Les déterminants environnementaux et le cadre de vie, influencent également l'état de santé de la population. Les éléments liés à l'environnement sont la qualité de l'eau, de l'air, du sol, le logement et l'urbanisme, le climat et les changements climatiques, etc.

Un environnement dominé par une pollution atmosphérique accroît le risque de morbidité. L'environnement peut également renfermer des agents pathogènes (agents microbiens, contaminants chimiques, etc.) qui contribuent à l'apparition des maladies ou qui favorisent la propagation et la transmission des pathologies. La santé de la population est en étroite relation avec la qualité de l'environnement^x.

Au Sénégal, les insuffisances notées dans l'aménagement du territoire et du cadre de vie, dans l'assainissement, dans la conservation des forêts classées et zones humides, occasionnent des désagréments sur le bien-être et les conditions d'existence des populations et ont un impact sur la santé et la qualité de vie des individus. Un environnement sain a un effet positif sur la santé d'où la nécessité de mettre en place une bonne plateforme de collaboration entre le secteur de la santé et celui de l'environnement.

Le contexte socio-culturel est également marqué par la persistance de croyances et pratiques traditionnelles néfastes pour la santé (interdits alimentaires, excision, mariage précoces, lévirat etc.). De même, l'effritement du capital social à travers le développement de l'individualisme, la perte progressive des valeurs de solidarité, la nucléarisation des familles se fait de plus en plus ressentir dans la vie sociale. Le développement des technologies de l'information et de la communication (TIC) s'accompagne également d'effets néfastes tels que la cyberaddiction et la désocialisation.

La prise en compte de ces différents éléments à travers une bonne politique de communication pour le changement de comportement permettra d'atténuer les risques sur la santé des populations.

La politique de santé est considérée comme une priorité nationale fortement ancrée aux objectifs du PSE en son axe-2. Cependant, nous notons une faible prise en compte des déterminants relevant d'autres secteurs malgré l'existence de plusieurs cadres de concertation interministériels. Cela se traduit par une insuffisance de coordination multisectorielle dans le cadre de la mise en œuvre des politiques publiques.

2.3.2.2. Déterminants comportementaux

« Les résultats de l'enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles révèlent que la prévalence globale de la consommation du tabac est de 5,9%. Elle est plus élevée chez les hommes (15,6%) que chez les femmes (0,4%). Les Sénégalais consomment en moyenne 3,5 portions de fruits et/ou légumes par jour, alors que le nombre de portion recommandé est de 5. Près de 14% des sénégalais font moins de 150 minutes d'activité physique modérée par semaine, et ce pourcentage est plus important chez les femmes que chez les hommes soit 20,4% contre 7,3%^{xi}.

Les mauvaises habitudes de vie telles que la consommation de substances psychotropes et la sédentarité entraînent notamment la malnutrition, l'obésité et l'augmentation des maladies non transmissibles.

En 2016, les accidents de la route ont fait 606 victimes d'après la Direction des transports routiers. Le Sénégal s'est inscrit dans la Décennie d'actions des Nations Unies 2011-2020 avec l'élaboration d'un plan national pour la sécurité routière avec comme objectif de réduire de 35 % les accidents de la route causés par le non-respect du code de la route (téléphone au volant, conduite en état d'ivresse, etc.), le mauvais entretien des véhicules et de certaines infrastructures routières. Ces facteurs sont à l'origine des accidents de la voie publique sources de décès, de traumatismes physiques et psychiques et de pertes économiques importantes.

Par citoyenneté, il faut entendre l'ensemble des qualités morales, des devoirs civiques considérés comme nécessaires à la bonne marche de la cité, lieu où chaque personne doit accepter la règle commune. Le non-respect des valeurs civiques, des lois et règlements entraînent des accidents, le laxisme ; le non-respect et la destruction des biens publics. Le problème de l'accueil dans les structures publiques peut également relever de l'incivisme.

Selon l'EDS V, 19% des adolescent(e)s de 15 - 19 ans ont une vie sexuelle active. Les grossesses précoces sont d'autant plus importantes, avec un taux de 16% d'adolescentes de moins de 20 ans ayant déjà donné naissance à un enfant au moins. Cela introduit la question du mariage précoce chez les adolescentes, qui a un lien avec les grossesses précoces : 24% des adolescentes de 15-19 ans sont mariées ou en union au Sénégal. Chez les adolescents de 15-19 ans ce taux est de 0,7%.

L'effet de la mode et le développement rapide des TICs et des réseaux sociaux au sein de la population jeune ont une forte influence sur leur mode de vie et leurs comportements, ce qui est une autre explication de leur sexualité précoce. Le multi partenariat et les rapports sexuels non protégés sont des facteurs de risque dans la propagation des IST/SIDA.

2.3.2.3. Déterminants liés au système de santé

Les systèmes de soins constituent des déterminants de la santé, dans la mesure où l'accessibilité et la qualité des services de santé, le coût économique et l'efficacité des soins permettent de prévenir, de guérir la maladie et de soutenir le patient.

L'éloignement, l'enclavement, l'insuffisance d'aménagements adaptés aux personnes handicapées, le coût élevé des prestations de santé ou le manque de couverture sanitaire, constituent des obstacles à l'accès.

L'accueil est un élément fondamental dans la guérison d'un patient. Pourtant des manquements sont relevés tels que le non-respect de la charte du malade, l'engorgement des structures de santé, l'aménagement inadapté et l'insalubrité des locaux, le manque d'humanisation des soins et de socialisation des structures.

Les enquêtes-observations menées par l'Institut Panafricain pour la Citoyenneté, les Consommateurs et Développement (CICODEV- 2016) dans 10 localités du pays, sur l'accueil dans les structures sanitaires, révèlent que sur 27 structures visitées plus de 54% des agents dédiés n'ont reçu aucune formation dans ce domaine. Des patients interrogés lors de l'enquête ont déclaré qu'ils ont peur de se rendre dans une structure de santé à cause de la mauvaise qualité de l'accueil.

Les résultats définitifs du RGPHAE 2013 ont montré que la population sénégalaise est évaluée à 13.508.715 habitants dont 49,9% d'hommes et 50,1% de femmes et est caractérisée par sa jeunesse. Elle est en majorité rurale avec 54,8% contre 45,2% de citadins.

Il est aujourd'hui reconnu que le développement durable ne pourra se réaliser sans l'élimination des inégalités entre les femmes et les hommes. Conscient de cette exigence, le gouvernement du Sénégal à travers la Stratégie Nationale d'Equité et d'Egalité de Genre (SNEEG 2009-2015) a adopté une démarche soucieuse d'égalité entre l'homme et la femme et a intégré les questions de genre dans les priorités et stratégies de développement du pays.

Toutefois, malgré les avancées, la situation révèle que les femmes, les personnes handicapés, les personnes âgées et les enfants, dans leur grande majorité, continuent de subir de façon disproportionnée le poids des difficultés d'accès aux services sociaux de base.

Partant de cet état des lieux, la stratégie vise à amener tous les secteurs de développement et les communautés à agir sur les déterminants sociaux de la santé afin de réduire les dépenses de santé et ou augmenter les ressources du secteur pour le bien être durable d'une société solidaire et équitable.

2.3.3. Mise en commun des risques

Depuis l'indépendance du pays, l'Etat du Sénégal a impulsé le développement de plusieurs régimes de mise en commun des risques au bénéfice de différents segments de la population. Plusieurs initiatives ont été lancées récemment pour étendre la couverture à l'ensemble de la population. Malgré ces efforts, l'extension de la couverture du risque maladie et la réduction de la fragmentation des régimes de financement restent des défis majeurs au Sénégal.

2.3.3.1. Régimes obligatoires

Agents de l'Etat et leurs ayants droits. L'Etat, en tant qu'employeur, assure la couverture du risque maladie de ses agents en activité et de leurs ayants-droits. Environ 300 000 bénéficiaires (dont 66 000 agents et leurs ayants-droits) sont couverts à travers le régime de l'imputation budgétaire depuis 1961. L'imputation budgétaire, couvre 80% des frais d'hospitalisation, de consultation, des examens et analyses. Les principaux atouts du régime d'imputation budgétaire incluent la disponibilité de ressources financières dans le budget de l'Etat et l'absence de contribution en amont par les bénéficiaires. Cependant, le régime souffre de plusieurs faiblesses dont l'absence de la prise en charge des médicaments, l'insuffisance de structures agréées, les retards dans le remboursement et la non prise en charge des agents non-fonctionnaires des collectivités locales.

Travailleurs salariés du secteur privé et leurs ayants droits. Depuis 1975, l'Etat a instauré le régime contributif obligatoire des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) pour assurer la couverture maladie des travailleurs salariés du secteur privé formel, ainsi que leurs ayants-droits.

En fin décembre 2014, 114 IPM couvraient 303 915 personnes. Les IPM couvrent la maladie non professionnelle à hauteur de 50% à 80% des frais médicaux et pharmaceutiques sur la base d'une cotisation paritaire du travailleur et de l'employeur. La création d'une IPM est obligatoire pour toute entreprise employant au moins 300 personnes. Le régime des IPM a démontré sa résilience qui repose sur plusieurs atouts dont l'attractivité du paquet (secteur privé et médicaments), le niveau de professionnalisation de la gestion (siège, gestion informatisée, etc.), l'existence d'IPM inter-entreprises, et le déploiement sur l'ensemble du territoire. Le régime des IPM est confronté, cependant à plusieurs faiblesses dont l'évasion sociale des employeurs, l'insuffisance de l'équité verticale, la faiblesse dans la gouvernance et la gestion. Par ailleurs, la gestion de la consommation des services est confrontée aux dérapages dus à la fraude des bénéficiaires, des professionnels de santé et à l'absence de contrôle médical et de médecin-conseil.

Autres régimes obligatoires. D'autres régimes obligatoires sont gérés par l'IPRES, la CSS, et les COU. Les retraités qui ont occupé des emplois salariés et leurs ayants-droits bénéficient par le canal de l'Institution de Prévoyance Retraite au Sénégal (IPRES) mise en place par décret en 1975, d'une couverture médicale contributive. La Caisse de Sécurité Sociale (CSS) prend en charge les accidents de travail et les maladies professionnelles dont sont victimes les travailleurs sur la base de la contribution des employeurs. Les centres des œuvres universitaires publiques prennent en charge, pour le compte de l'Etat, les étudiants au niveau des structures sanitaires publiques ou des centres des œuvres universitaires (COU) pour les soins courants : consultations, médicaments, analyses, soins dentaires et hospitalisations. Enfin, il existe d'autres régimes assez

spécifiques parmi lesquels on peut citer la médecine d'entreprise et le fonds de garantie automobile pour les accidentés de la circulation. ...

2.3.3.2. Régimes contributifs non obligatoires

Assurances commerciales (privées à but lucratif). Les assurances privées sont régies par le code CIMA (Conférence Interafricaine du Marché des Assurances). Elles couvrent en règle générale des particuliers qui ont un niveau de revenus assez élevé. Les contrats d'assurance maladie sont offerts aux grosses entreprises qui souscrivent des polices d'assurances pour d'autres sinistres; certaines IPM délèguent parfois la gestion de leurs activités aux compagnies d'assurance privées. La force des assurances privées repose sur l'attractivité des paquets de bénéfices offerts et le professionnalisme de la gestion. Cependant, l'offre du produit « assurance santé » qui est toujours faible, l'émission des risques couverts, les niveaux élevés des primes et l'absence de solidarité entre les riches et les pauvres limitent les potentialités de contribution significative de l'assurance maladie privée à but lucratif à l'extension de la couverture sanitaire.

Les mutuelles de santé. Des mutuelles de santé complémentaires sont créées par des agents relevant de la fonction publique pour leur permettre de bénéficier de garanties plus larges que celles que procurent le régime d'imputation budgétaire. On peut citer parmi ces mutuelles : la mutuelle des agents de l'Etat, la mutuelle des Forces Armées, la mutuelle de la Douane, la mutuelle générale de l'éducation, etc. ...

Les mutuelles de santé au 1^{er} franc, ou mutuelles de santé communautaires, sont initiées par et/ou pour les populations du secteur informel et du monde rural qui ne sont pas affiliées à un régime d'assurance maladie obligatoire. Les mutuelles de santé communautaires sont en train d'être restructurées et étendues sous l'impulsion de l'Etat depuis le lancement du Programme de Couverture Maladie Universelle (CMU) en 2013. Leurs paquets de bénéfices ont été élargis et harmonisés avec le soutien des subventions de l'Etat à hauteur de 50% des cotisations. En 2016, 671 mutuelles de santé ont été dénombrées sur l'ensemble du territoire : toutes les communes du pays disposent d'au-moins une mutuelle de santé et chaque département dispose d'une union départementale de mutuelles de santé. Le nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé s'est accru de 506 639 en 2015 à 2 255 788 en 2016⁶.

L'extension des mutuelles de santé au cours des dernières années a été facilitée par la simplicité des modalités de prise en charge, la gestion de proximité et leur adaptabilité aux modes d'organisation du mouvement associatif. Enfin, elles contribuent au renforcement de la gouvernance démocratique dans le système de santé et les communautés de base.

2.3.3.3. Régimes d'assistance médicale

Plusieurs régimes d'assistance médicale ont été lancés au Sénégal dont des régimes ciblés sur des individus et des régimes ciblés sur des services.

Régimes ciblés sur les individus. Ces régimes ciblés couvrent différentes catégories de la population définies selon l'âge ou la vulnérabilité. Le régime du Plan SESAME concerne les personnes âgées de 60 ans et plus. Les personnes éligibles sont admises sur simple présentation de la carte nationale d'identité attestant de leur âge et bénéficient d'un paquet de services défini : le plan SESAME est financé par l'Etat et l'IPRES.

La gratuité des soins pour les moins de 5 ans est destinée à assurer la prise en charge gratuite des affections des enfants âgés de moins de 5 ans selon le paquet de services ainsi défini. Le remboursement des frais liés à la prise en charge des moins de 5 ans est totalement assuré par la CMU.

Enfin, les bénéficiaires de bourses de sécurité familiale et les titulaires de cartes d'égalité de chance figurant sur le registre national unique sont enrôlés dans les mutuelles de santé et leur cotisations et droits d'adhésion acquittés par la CMU. ...

Régimes ciblés sur les services. Plusieurs prestations et services sont fournis gratuitement grâce aux subventions de l'Etat. La gratuité de la césarienne est pratiquée dans les centres de santé dotés de blocs SOU et dans les hôpitaux. La gratuité de l'hémodialyse concerne la prise en charge gratuite des insuffisants rénaux dans tous les hôpitaux dotés d'une unité de dialyse. Enfin, il existe des initiatives de gratuité gérées par le MSAS dont la gratuité des antirétroviraux (ARV) et des antituberculeux, et la subvention pour abaisser les coûts de traitement d'affections telles que le diabète et le cancer.

La Direction de l'Action Médicosociale joue également un rôle important dans ce domaine. En effet sa stratégie d'intervention est d'une part, la promotion de la Prophylaxie sociale, l'identification et l'enrôlement dans les mutuelles de santé des indigents et groupes vulnérables, l'accompagnement psychosocial de ces populations, d'autre part leur autonomisation. Cependant, la tentative de satisfaction d'une demande en constante progression ; contrairement aux allocations budgétaires a conduit à une dette s'élevant à 532 583 011 FCFA de 2012 à 2014.

Les régimes ciblés sur les individus contribuent à l'amélioration de l'équité dans le système de santé à travers l'extension de la couverture du risque maladie aux personnes indigentes et aux groupes vulnérables. En outre, les régimes ciblés sur les services contribuent à l'amélioration de l'efficacité dans la prise en charge des patients dont les soins sont coûteux. Les régimes d'assistance médicale sont confrontés, cependant, à plusieurs faiblesses dont la diversité des paquets des bénéficiaires, les difficultés dans l'identification des bénéficiaires ayant déjà une prise en charge et l'insuffisance de l'information des personnes éligibles sur les bénéficiaires dont elles ont droit. En outre, la gestion des régimes d'assistance souffre des retards dans les remboursements, l'insuffisance des forfaits, les difficultés de contrôle dans le cadre de remboursement basé sur le paiement à l'acte et les insuffisances des mécanismes de suivi...

Depuis la validation du plan stratégique de développement de la couverture maladie 2013-2017, beaucoup de progrès ont été réalisés à plusieurs niveaux. Au niveau de politique, le Gouvernement a adopté le Plan Sénégal Emergent comme référentiel de la politique économique

et sociale sur le moyen et le long terme, et défini l'axe stratégique 2 qui met l'accent sur le capital humain, la protection sociale et développement durable. Par ailleurs, le Président de la République a élargi la gratuité des soins aux bénéficiaires des bourses de sécurité familiale et aux détenteurs de cartes d'égalité des chances. Au niveau institutionnel, une Agence de la CMU a été créée en janvier 2015 dont la mission est d'assurer la mise en œuvre de la stratégie nationale de développement de la CMU. Enfin, l'ICAMO a été créée pour renforcer la coordination des systèmes d'assurance maladie obligatoire, dont les IPM.

2.3.3.4. Défis majeurs de la mise en commun

L'analyse de la situation de la mise en commun des risques et des ressources permet de relever l'inexistence d'un cadre institutionnel unifié, source d'inefficience et de fragilité qui a pour conséquence majeure un manque de solidarité réelle et agissante entre les sociétaires des différents régimes existants. En dehors du budget du MSAS, les régimes d'assurance du risque maladie et d'assistance médicale au Sénégal sont très fragmentés : voir la situation de 2013 dans le tableau suivant. La couverture du risque maladie est assurée par l'Etat à travers plusieurs mécanismes à savoir les imputations budgétaires gérées par le ministère chargé des finances, les initiatives récentes de subventions aux mutuelles de santé pour les populations non couvertes par un régime d'assurance obligatoire et les subventions aux structures de santé à travers l'ACMU dans le cadre des initiatives de gratuité. En plus, la coordination des institutions de prévoyance maladie est sous la tutelle du ministère en charge du travail et les assurances commerciales par le ministère en charge des finances.

Sénégal - Comptes Nationaux de la Santé - Régimes de financement de la santé - Situation de 2013		Exprimés en millions de FCFA
HF.1.1	Régimes de l'administration publique	
	Ministère de la santé	107 330
	Autres ministères et institutions publiques (hors régime des employés de l'Etat)	8 928
	Régime des employés de l'Etat (imputations budgétaires)	9 350
	Régimes de l'administration locale (communes, communautés rurales et régions)	5 879
HF.1.2	Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	
	Régime d'assurance maladie sociale (IPM)	17 431
	Régimes d'assurances maladie privée obligatoire (Sociétés d'assurance commerciale)	9 253
	Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé non spécifiés (n.o.a.)	441
HF.2.1	Régimes d'assurance maladie facultative	
	Assurance communautaire (Mutuelles de santé)	1 754
	Régimes d'assurance maladie facultative non spécifiés (n.o.a.)	2 313
HF.2.2	Systèmes de financement des ISBLSM (y compris les agences de développement)	19 816
HF.2.3	Régimes de financement des entreprises	1 535
HF.3	Paiement direct des ménages	226 368
Total		410 199

L'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais constitue un défi majeur pour le Gouvernement du Sénégal : selon les comptes nationaux de la santé de 2013, 55% des dépenses totales de santé sont constituées de paiements directs des ménages.

Le fonds de garantie prévu par la réglementation pour appuyer les mutuelles n'est toujours pas mis en place. Les relations entre les mutuelles de santé et les collectivités locales, la pénétration et la fidélisation des populations cibles sont toujours faibles. La faible prise en compte de la préférence de communauté dans la définition des paquets de prestations des mutuelles. Enfin, la professionnalisation de la gestion devrait être renforcée. Cet état de fait est lié entre autres à l'insuffisance d'information et de communication sociale

Pour faire face à ce défi, le Gouvernement a élaboré un plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle (CMU) avec un objectif de couverture de 75% de la population à l'horizon 2017.

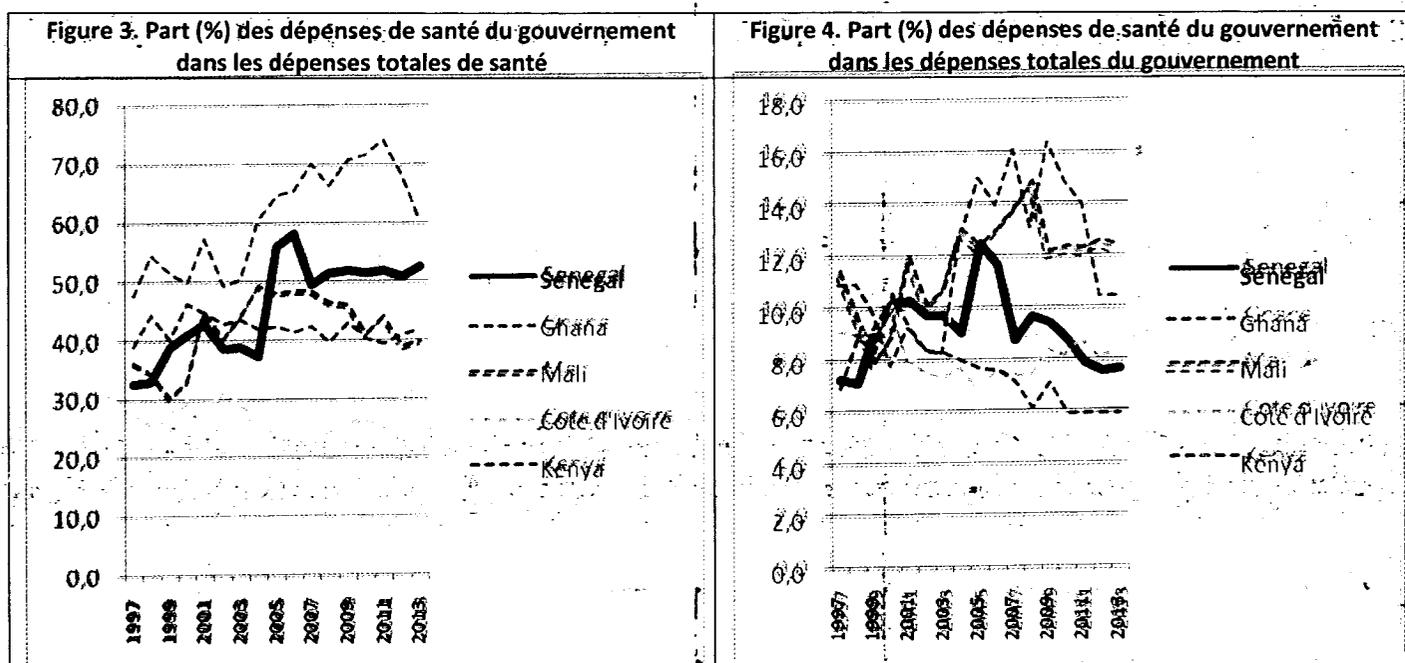
Pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, il faudra faire face aux défis communs aux régimes d'assurance maladie et d'assistance médicale dont: (i) la pérennisation du financement du programme de CMU; (ii) la définition d'un paquet minimum de bénéfices commun soutenable; (iii) le développement de mécanismes à caractère obligatoire; (iv) la défragmentation des régimes de couverture maladie; (v) le renforcement du ciblage et l'identification des bénéficiaires des régimes d'assistance médicale; et (vi) le renforcement de la coordination institutionnelle nationale de la CMU.

2.3.4. Mobilisation des ressources (2 pages)

2.3.4.1. Dépenses publiques de santé.

Administration centrale. Le budget alloué par l'Etat au secteur de la santé a augmenté progressivement en valeur absolue sans pour autant atteindre le seuil des 15% fixé par les Chefs d'Etat Africains, lors de la conférence d'Abuja en Avril 2001. Ce budget est réparti entre le Ministère en charge de la santé pour la grande part et les autres départements ministériels ayant des activités relatives à la santé (Primature, Ministère de Forces Armées, Ministère de l'Intérieur, Ministère des Finances, Ministère de l'Education, Ministère de la Famille, Ministère des Collectivités locales entres autres).

Selon les séries des comptes nationaux de la santé établies par l'OMS, la part des dépenses de santé du gouvernement dans les dépenses totales de santé a augmenté de moins de 40% à la fin des années 1990s à environ 50% après 2007 (voir figure 3). Cependant, les tendances de la part des dépenses de santé du gouvernement dans les dépenses totales du gouvernement se sont inscrites à la baisse depuis 2005 éloignant ainsi le Sénégal du seuil des 15% fixé par les Chefs d'Etat Africains à Abuja (voir figure 4).



Ces tendances indiquent que l'allocation des ressources à la santé pourrait être améliorée. La répartition du budget alloué au secteur de la santé se fait sans aucun cadre de concertation entre les départements ministériels concernés pour définir les priorités, les indicateurs et les résultats auxquels chaque ministère devrait contribuer à la réalisation. Les allocations budgétaires de l'Etat au MSAS sont souvent en deçà des prévisions faites dans le PNDS 2009-2018, encore moins dans les différents CDSMT jusqu'en 2013 et aujourd'hui les DPPD. Au niveau interne, la répartition des crédits alloués n'obéit à aucune logique de gestion axée sur les résultats encore moins à une application de manière rigoureuse de critères. Malgré une grande expérience de

production de document de programmation budgétaire axée sur les résultats, l'application des réformes budgétaires engagées depuis 2009 dans l'espace UEMOA n'est pas encore effective.

Entre 2012 et 2017, le budget du Ministère de la santé et de l'Action sociale est passé de **110 505 288 086 FCFA** à **163 522 351 000 FCFA**, soit une augmentation de **53 017 062 914 FCFA** en valeur absolue et **47,97 %** en valeur relative (*voir tableau 1*). La mobilisation du budget de l'Etat obéit aux procédures des phases classiques d'Engagement, de Liquidation, d'Ordonnancement et de Paiement. Si pour les dépenses de fonctionnement le taux de mobilisation est assez satisfaisant de l'ordre de plus de 95% annuellement, ce n'est pas le cas pour les dépenses d'investissement qui souffrent des contraintes du code des marchés publics.

Tableau n° 1 : Evolution du budget du MSAS de 2012 à 2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dépenses de personnel	36 532 629 086	35 388 243 500	35 879 390 760	35 983 860 980	35 218 972 660	36 174 009 000
Dépenses de fonctionnement	10 125 322 000	10 235 685 000	10 325 170 000	7 515 597 000	8 000 597 000	7 675 537 000
Transferts courants	24 902 337 000	27 556 245 000	28 756 245 000	34 123 245 000	37 823 245 000	39 265 805 000
Investissements exécutés par l'Etat	36 086 000 000	36 750 000 000	39 465 659 000	46 750 000 000	62 272 000 000	71 142 000 000
Transferts en capital	2 859 000 000	13 762 000 000	12 669 000 000	10 194 000 000	6 775 000 000	9 265 000 000
TOTAL	110 505 288 086	123 692 173 500	127 095 464 760	134 566 702 980	150 089 814 660	163 522 351 000

Collectivités locales. Au niveau des collectivités locales, la contribution attendue annuellement pour le financement de la santé sur fonds propres est difficilement réalisée. Il ressort des CNS de l'année 2008 (voir CNS 2013) que les Collectivités locales contribuent pour 4,8% au financement de la santé sur ressources propres. Le niveau de contribution modeste des Collectivités locales au financement de la santé s'explique en partie par les ressources limitées de certaines collectivités locales. En outre, les ressources affectées aux Collectivités locales par l'Etat pour la réalisation des projets inscrits au BCI décentralisé et les fonds de dotation arrivent souvent en retard. Ce qui constitue un handicap pour la prise en charge de la compétence santé. S'y ajoute, pour certains élus la faiblesse de l'appropriation des politiques publiques de santé.

Assistance étrangère. Les comptes nationaux de la santé ont estimé à 21% la part de l'assistance étrangère dans les dépenses totales de santé en 2005 dont : 59% des fonds proviennent de la coopération bilatérale, 14% de la coopération multilatérale, 26% des ONG, des initiatives internationales et globales. En 2013, la part de l'assistance étrangère dans les dépenses totales de santé a baissé à 14% dont : 19% provenant de la coopération bilatérale, 80% de la coopération multilatérale (dont 45% du Fonds Mondial).

L'apport des partenaires techniques et financiers (PTF) est matérialisé par des conventions de financement signées entre le partenaire et l'Etat du Sénégal représenté par le MEFP. Le MSAS est resté le principal bénéficiaire à hauteur de 63% en 2005 et de 68% en 2013 des ressources de l'assistance étrangère dans le secteur de la santé. Du point de vue du respect des principes de la Déclaration de Paris, l'appui des PTF s'insère dans les priorités de l'Etat en matière de santé ; certains parmi eux commencent à expérimenter les procédures nationales. Cependant, le décalage des cycles de planification budgétaire, les différences de procédures de mobilisation et d'exécution des ressources financières entre l'Etat du Sénégal et certains partenaires constituent des difficultés réelles dans le respect des principes d'alignement et d'harmonisation. Les diverses procédures d'exécution souvent contraires au manuel des procédures du MSAS ont conduit quelque fois à des difficultés dans la réalisation des activités prévues dans les PTA. Des rencontres dans des cadres formels sont organisées régulièrement au MSAS avec les partenaires techniques et financiers du secteur, pour échanger sur les difficultés relatives au financement de la santé et partager les résultats du secteur.

Le constat majeur soulevé par l'analyse révèle la forte dépendance du pays par rapport aux bailleurs relativement à la lutte contre le paludisme, VIH, Tuberculose et SR.

La baisse de la part de l'assistance étrangère dans les dépenses totales de santé pourrait continuer dans la prochaine décennie au fur et à mesure que le Sénégal progresse vers le statut d'une économie à revenus intermédiaires plus élevés. Ces tendances ont des implications importantes pour le financement des programmes de lutte contre les maladies et de lutte contre la mortalité maternelle et infantile qui sont les principaux bénéficiaires de l'assistance étrangère dans la santé. Ces tendances appellent à une transition dans le financement des programmes prioritaires de santé où l'Etat assurerait progressivement une part importante du financement sur ressources internes et la pérennisation des systèmes logistiques associés aux programmes.

2.3.4.2. Dépenses privées de santé

L'expansion des dépenses publiques de santé au cours de la première moitié de la décennie 2000 s'est traduite par une baisse de la part des dépenses privées de santé dans les dépenses totales de santé. En effet, le Sénégal a débuté la décennie sous la structure dominante dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara avec une part du financement privé comprise entre 60% et 70% des dépenses totales de santé. Depuis 2007, cependant, la part des dépenses privées de santé dans les dépenses totales de santé a stagné entre 48% et 50% (voir figure 5).

Entreprises. En 2013, les entreprises ont contribué à hauteur de 5% des dépenses totales de santé. Plus de 92% de la contribution des entreprises a été mobilisé par les systèmes d'assurance dont 45% par les institutions de prévoyance maladie et 43% par les sociétés d'assurance commerciale.

Figure 5. Part (%) des dépenses privées de santé dans les dépenses totales de santé

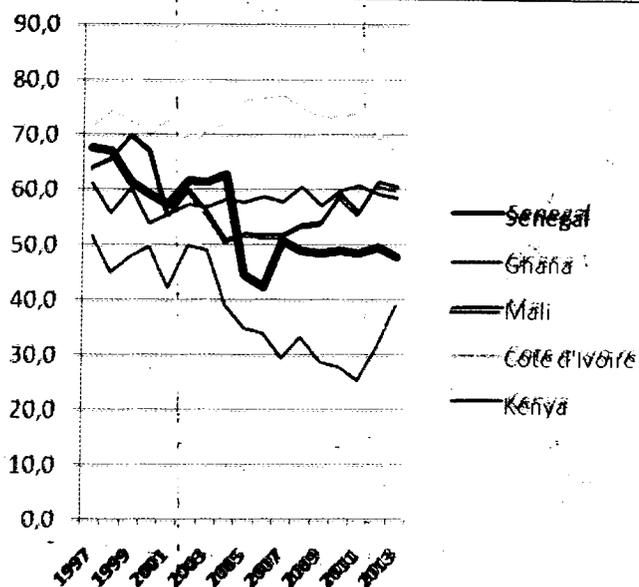
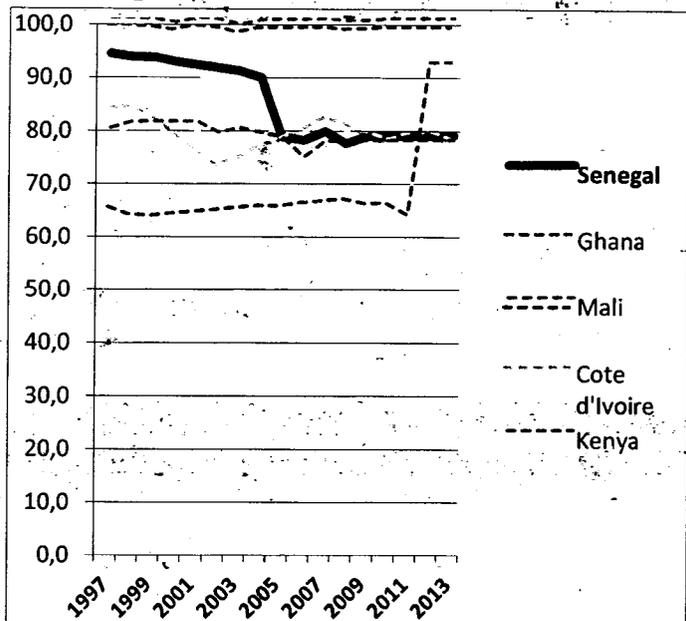
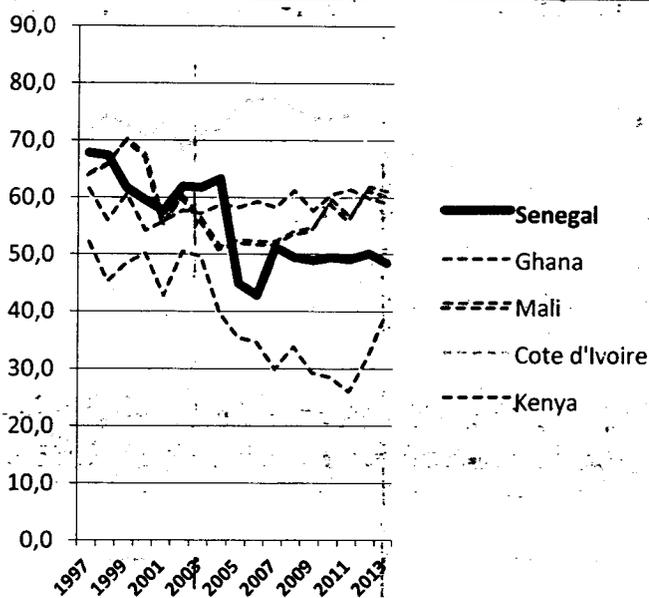
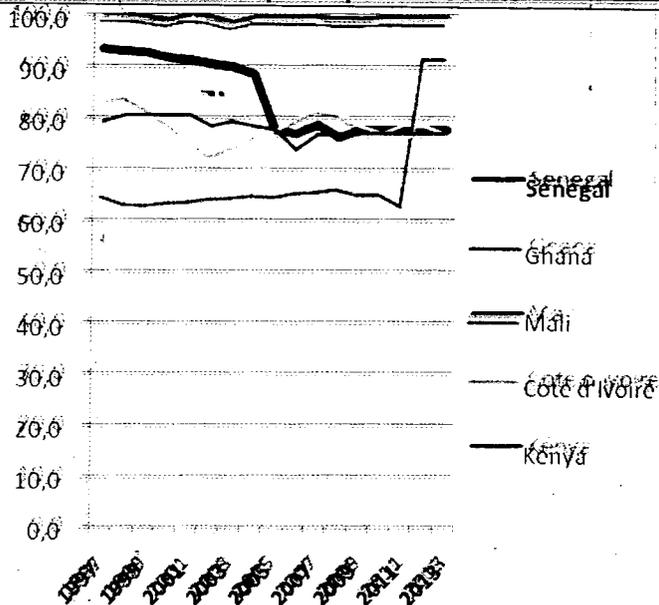


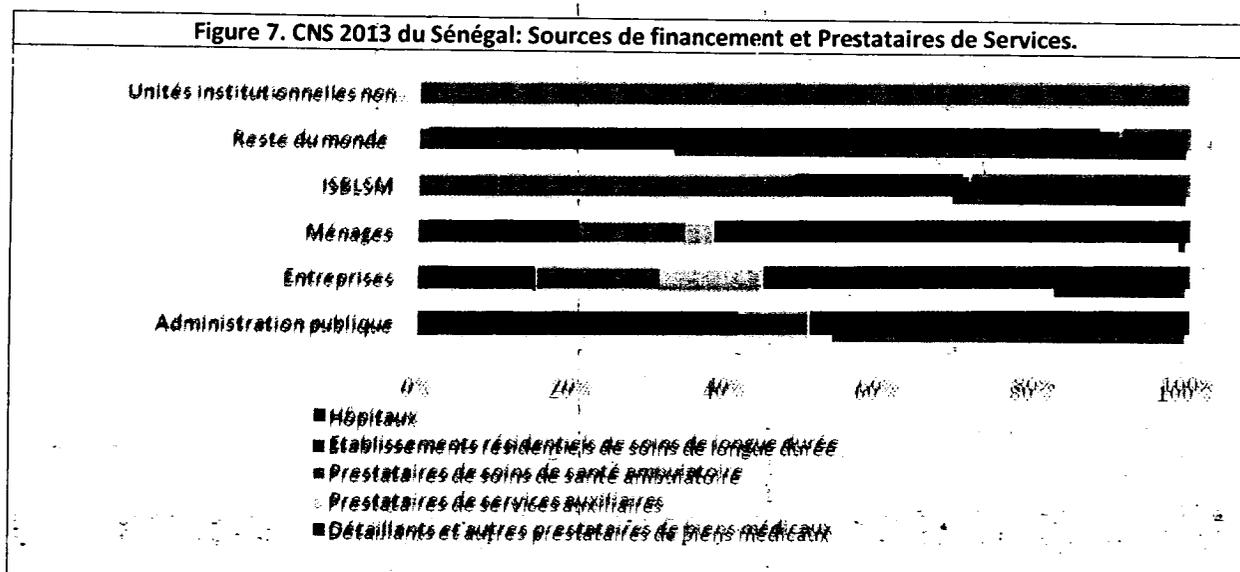
Figure 6. Part (%) des paiements directs dans les dépenses privées de santé



Ménages. En 2013, les ménages ont contribué à hauteur de 58% des dépenses totales de santé dont une part importante est consacrée aux soins personnels (voir figure 7). Près de 95% des dépenses des ménages sont constituées de paiements directs au moment du besoin et moins de 5% des contributions dans les systèmes d'assurance maladie. Une part importante des paiements directs des ménages dans la santé sert à l'achat des médicaments dans les officines privées de pharmacie : en 2013, les ménages ont dépensé 135,6 milliards de FCFA pour l'achat de médicaments auprès des pharmacies. Ils constituent la principale source de financement des prestataires de soins ambulatoires et des prestataires de services auxiliaires du secteur privé.

Depuis la généralisation de l'Initiative de Bamako dans les années 90s, les ménages sont devenus une source de financement importante des formations sanitaires publiques. En 2013, les ménages ont contribué à hauteur de 65% des dépenses au niveau des postes de santé publics et plus de 40% au niveau des dépenses des centres de santé publics et des établissements publics de santé.

Figure 7. CNS 2013 du Sénégal: Sources de financement et Prestataires de Services.



Source : CNS2013

La réduction des paiements directs des ménages est au cœur de la problématique des réformes du financement de la santé pour progresser vers la couverture sanitaire universelle car ils sont la principale source d'exclusion des services de santé au moment du besoin et des risques d'appauvrissement en conséquence des dépenses catastrophiques de santé. L'augmentation des niveaux des revenus des ménages va continuer à se traduire par une augmentation des paiements directs des ménages dans la santé à moins que des mesures soient prises pour renforcer les mécanismes de prépaiement des ménages dans la santé. Des efforts sont en cours pour recycler une part importante des paiements des ménages à travers des mécanismes de prépaiement, comme l'adhésion et les cotisations dans les mutuelles de santé. Des mesures plus énergiques seront nécessaires, cependant, pour l'instauration de mécanismes de prépaiement obligatoire pour couvrir l'ensemble de la population et réduire significativement les paiements directs des ménages.

2.3.4.3. Défis majeurs

La combinaison des perspectives économiques positives et l'amélioration des performances fiscales sont favorables pour renforcer la mobilisation des ressources internes pour faciliter l'adaptation du système de santé face aux besoins associés à la transition sanitaire et progresser vers la couverture sanitaire universelle. Le Sénégal pourrait contribuer une part du PIB plus importante à la santé : en effet, les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB sont quasi stables depuis 2005, fluctuant entre 4% et 5%, comparés à des niveaux supérieurs à 6% en Côte d'Ivoire et au Mali. Par ailleurs, les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB ont évolué en dents de scie autour de 3% entre 2002 et 2012. La part des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales du gouvernement a fluctué entre 8% et 10% et reste très en deçà des

engagements des Chefs d'Etat Africains d'Abuja de 2001 d'atteindre 15%. En dépit des efforts consentis par le Gouvernement dans le cadre du financement de la santé, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes requises en termes de couvertures en infrastructures sanitaires, en équipements médicaux techniques ainsi qu'en personnels de santé qualifiés et répartis équitablement sur le territoire national. Enfin, la part des paiements directs des ménages dans les dépenses totales de santé est toujours élevée et reste une source d'exclusion et de risques d'appauvrissement des ménages dans la santé.

Au regard de cette situation, le Gouvernement en plus des politiques d'amélioration de la santé des populations déjà existantes, a pris l'option de mettre en place une stratégie nationale de financement de la santé pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Cette option nécessite, cependant, le repositionnement du financement à partir des ressources domestiques. Cela pourrait passer par le renforcement de la contribution de l'Etat, des entreprises et des ménages dans le financement de la santé..

Ainsi, le renforcement de la mobilisation des ressources internes devra comporter plusieurs défis dont : (i) l'augmentation du budget du secteur de la santé pour atteindre au moins les 15% du budget national ; (ii) l'alignement et l'harmonisation des procédures conformément au principe de la déclaration de Paris ; (iii) l'augmentation de la contribution des collectivités locales ; (iv) l'exécution efficiente des ressources pour atteindre la couverture sanitaire universelle; (v) la recherche d'autres sources de financement innovant ; (vi) la reddition des comptes ; (vii) l'institutionnalisation de l'IHP+ et des comptes nationaux ; (viii) la promotion de l'approche santé dans toutes les politiques.

Globalement, l'analyse de la situation du financement de la santé des populations a permis de mettre en évidence un certain nombre d'insuffisances, à savoir : (i) la faiblesse de la couverture sanitaire et sociale, (ii) la faiblesse de l'offre des soins en volume, en répartition et en qualité, (iii) l'inadéquation du financement de la santé, (iv) la pauvreté et exclusion sociale, (v) la faiblesse des réponses face aux facteurs de risques (vi) et le lourd fardeau de la maladie supportée par les populations ainsi que l'iniquité dans l'accès aux soins de santé.

3. Principes

En prenant l'option de s'engager dans la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle le Sénégal entend articuler ses interventions en santé sur la recherche d'une combinaison de différents mécanismes de financement de la santé et de gouvernance efficace et efficient ayant pour finalité d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services sociaux et de santé répondant à des standards de qualité et aux besoins et préférences des populations ;

La stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la CSU repose essentiellement sur les principes suivants :

- ✓ **L'Inter – sectorialité** : La SNFS étant une politique gouvernementale qui se particularise par son caractère intersectoriel, sa mise en œuvre requiert l'implication active d'une pluralité d'acteurs institutionnels. Il est nécessaire de créer une plateforme de dialogue entre le Ministère en charge de la santé, le Ministère des finances, les collectivités territoriales et les autres institutions étatiques pour une meilleure coordination des interventions. Un accent sera mis sur la création de synergies pour tirer meilleur profit des avantages compétitifs des différents secteurs dans la lutte contre les risques liés à la santé. La SNFS concerne également la représentation nationale, le Haut conseil des collectivités territoriales, le Conseil économique social et environnemental, les membres de la société civile, les ordres professionnels de santé, etc. Cependant, bien que n'en ayant pas le monopole, le MSAS assure la coordination dans ce dossier.
- ✓ **Éthique et intégrité** : à travers l'adoption de comportements individuels (prestataire, décideur politique, usagers, etc.) qui bannissent des modes d'agir qui ne sont pas alignés avec la dignité des personnes. A tous les niveaux de décision ou d'intervention, il sera nécessaire de mettre en exergue l'utilisation judicieuse et licite des biens et moyens mis à la disposition du secteur de la santé pour rendre accessibles des services sociaux et de santé de qualité. Il sera également question de veiller au respect des droits individuels et collectifs ainsi que de la réglementation en vigueur.
- ✓ **Qualité des services et efficience** : Le paquet essentiel de services garanti est conçu pour répondre aux standards de qualité et aux besoins des population. Dans la perspective de la CSU, les services de santé et sociaux inclus dans les paquets à offrir aux individus, sont identifiés pour répondre aux besoins et préférences des populations, contribuer à une meilleure santé des bénéficiaires, et protéger les ménages contre les risques financiers associés à la maladie. L'utilisation rationnelle des ressources mises à la disposition des acteurs devra constituer une préoccupation majeure pour offrir un meilleur rapport qualité prix de services. Les ressources du secteur de la santé sont utilisées pour assurer des services de qualité aux bénéficiaires à travers l'alignement des modalités de paiement des prestataires sur la prestation de services de santé de qualité, le renforcement de la pyramide sanitaire et la minimisation des fuites et des charges administratives.
- ✓ **Participation et inclusion** Le Sénégal a très tôt compris le rôle important que doit jouer la communauté, la société civile, le secteur privé, les PTF, les collectivités territoriales dans la prise en charge des problèmes de santé, la mobilisation des populations, le contrôle citoyen

pour compléter les efforts de l'Etat. Dans la perspective de la couverture sanitaire universelle, il est nécessaire de promouvoir une synergie des actions des différentes parties prenantes. Il sera question de créer les conditions pour que les acteurs disposent de capacités d'instruments efficaces pour participer activement à l'identification des priorités de santé et de réponses appropriées. La participation et l'inclusion des groupes spécifiques (population devra aussi au contrôle citoyen et donner un avis sur la qualité des services offerts.

- ✓ **Équité et solidarité** : Pour faire des progrès significatifs vers la Couverture Sanitaire Universelle, le principe d'équité sera clairement positionné dans les critères qui soutiennent les décisions sur l'allocation des ressources en vue de démocratiser l'accessibilité des services de santé. La recherche de l'équité sera combinée avec le principe de solidarité pour assurer l'inclusion sociale des indigents et des groupes vulnérables dans les mécanismes de couverture du risque maladie. La mise en avant d'une solidarité bâtie autour de mécanismes viables de partage et de redistribution des risques permettra de se doter d'instruments capables de réduire l'exposition des plus vulnérables aux effets du paiement direct ou à la renonciation des groupes vulnérables à utiliser les services de santé.
- ✓ **Redevabilité et transparence** centrées sur le devoir de rendre compte et un droit à l'information quel que soit la position des acteurs impliqués dans la gestion, la gouvernance ou l'utilisation des services. Avec la mise en œuvre des réformes des finances publiques, la gestion axée sur les résultats sera progressivement étendue dans le secteur de la santé en vue de renforcer la redevabilité et la transparence. La GAR ne peut toutefois pas être adoptée dans toute sa plénitude sans un respect des principes de bonne gouvernance que sont la participation, la transparence, l'équité et la redevabilité. Bien évidemment l'observance de ces principes suppose l'existence de cadres juridiques et institutionnels adaptés. Le besoin de réglementation est encore plus manifeste dans le domaine du financement de la santé qui est le plus sensible aux comportements déviants en porte à faux avec la bonne gouvernance. C'est pourquoi la stratégie de financement de la santé est bâtie sur des valeurs en rapport avec les principes de bonne gouvernance qui en guideront la gestion transparente, participative et inclusive, chaque acteur jouant pleinement son rôle en acceptant de rendre compte aux populations qui doivent être organisées pour mieux assurer le contrôle citoyen et garantir l'équité dans les choix stratégiques.

4. Vision et objectifs

4.1. Vision de la SNFS

Le Sénégal dispose d'un système de financement de la santé et de gouvernance qui garantit un accès équitable à des services de santé de qualité résilients et pérennes tout en préservant une bonne protection financière des ménages populations.

4.2. Objectifs

Cette vision repose sur les objectifs suivants :

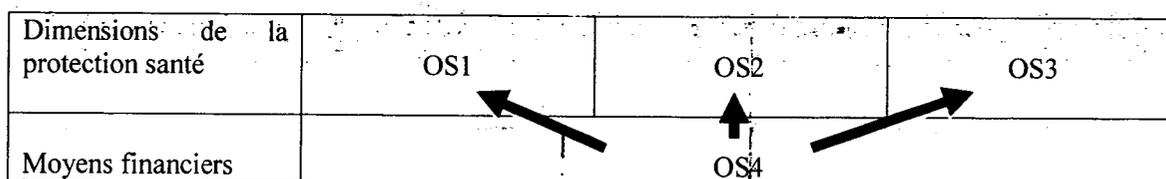
- ✓ Amener les populations à avoir un accès à des services de santé de qualité résilients et pérennes
- ✓ Protéger la population contre les risques financiers qui peuvent placer l'individu et sa famille dans une situation économique et humaine difficile
- ✓ Protéger la population contre les risques ayant une incidence sur sa santé
- ✓ Avec une attention toute particulière pour la population la plus défavorisée.

Afin de répondre aux différents défis et donner corps à cette vision, quatre orientations stratégiques ont été retenues :

- ✓ Orientation stratégique 1 (OS1) : Amélioration de la disponibilité en services de santé de qualité
- ✓ Orientation Stratégique 2 (OS2) : Extension de la protection contre les risques financiers liés à la maladie
- ✓ Orientation Stratégique 3 (OS3) : Renforcement des interventions multisectorielle à haut impact sur la santé

Ces trois premières orientations stratégiques renvoient aux différents aspects de la protection des individus en matière de santé. Afin de s'assurer de leur mise en œuvre, il convient de mobiliser les moyens financiers requis (ou conséquents) : c'est l'objet de la quatrième orientation stratégique.

- ✓ Orientation Stratégique 4 (OS4) : Mobilisation accrue des ressources financières pour tendre vers la couverture sanitaire universelle



Ces orientations stratégiques indiquent les voies sur lesquelles le Sénégal s'engagera au cours de prochaines années ; elles fixent les lignes de conduite et les directions qu'il conviendra de suivre.

Afin d'être opérationnalisées, ces orientations stratégiques devront ensuite et très prochainement être traduites dans un Plan stratégique qui définira les actions à mener, les moyens à mobiliser et la responsabilité de chacun dans l'atteinte de ces objectifs.

5. Orientations stratégiques (15 pages)

5.1. OS1 : Amélioration de la disponibilité de services de santé de qualité

Dans les récentes années, la dépense totale de sante per capita du Sénégal est passée de \$44 en 2005 à \$50 en 2014 qui témoigne des efforts considérables consenti par les différents agents de financement. Pour lamêmelamême période, l'évolution des dépenses de santé du gouvernement a été moins prononcée passant de \$23 per capita en 2005 à \$ 26per capita en 2014. Malgré les efforts, les ressources mises à la disposition de la santé sont en dessous des \$86 requis au niveau en vue de couvrir l'accès des populations à un paquet essentiel de services de santé.. Le gap de financement, conjugué aux inefficiences dans l'utilisation des ressources la sante, limitent les capacités du système de santé de répondre convenablement aux besoins des populations.

Les projections démographiques du Sénégal prévoient un doublement de la population du Sénégal à l'horizon 2035 avec 25 687 750 habitants. Dans la perspective des progrès futurs vers la Couverture Sanitaire Universelle et en lien avec l'ambition du Sénégal matérialisée dans le PSE qui est de réduire le fardeau de la maladie et de la morbidité, des efforts sont nécessaires pour mettre à niveau le système d'offre de services, renforcer sa résilience et sa capacité à adapter ses services aux besoins des populations et aux changements épidémiologiques.

5.1.1. Densification et démocratisation de l'offre de services de santésanté

Pour progresser vers la CSU, l'Etat du Sénégal devra intensifier ses efforts visant à assurer une disponibilité géographique des paquets de services de qualité définis par la carte sanitaire à un coût moindre pour la population. Le renforcement des capacités institutionnelles de la carte sanitaire et sociale ainsi que son utilisation pour supporter la prise de décision devrait être considéré comme un levier clef de dialogue entre acteurs et de coordination dans la planification et la réalisation des investissements pour la mise à niveau et la densification desdes systèmes de prestation de services.

La disponibilité de l'offre de services et les options de renforcement de la capacité du système de prestation reposent sur la nécessité d'assurer un maillage du territoire national qui satisfait aux normes de la carte sanitaire. Dans cette perspective, l'Etat du Sénégal devra financer et veiller à la bonne exécution d'un Programme d'urgence de densification de la carte sanitaire et sociale PUDCS (construction d'infrastructures, plan de maintenance des infrastructures et des équipements, dotation en ressources humaines, acquisition d'équipements) pour combler les besoins en matière d'offre de services. Des efforts importants seront serontconsentis en vue de mettre en place des plateaux techniques performants pour le développement d'une médecine de pointe dans les hôpitaux de référence tout en développant le partenariat public privé afin de tirer un meilleur profit des avantages comparatifs de l'utilisation des différentes plateformes disponibles.

LeLe Ministère de la santé et de l'action socialesociale veillera aussi à la mise en place desdes ressources techniques et matérielles nécessaires pour garantir la maintenance des infrastructures

et des équipements à tous les niveaux. Pour ce faire, la DIEM sera dotée de moyens adéquats pour la mise en œuvre de la politique de maintenance en faisant recours à la contractualisation si nécessaire notamment pour les équipements lourds à travers des modèles de contrat incluant des clauses relatives au transfert de technologie.

Le Ministère de la santé et de l'action sociale facilitera le dialogue avec le Ministère des finances, le Ministère de la fonction public, les collectivités territoriales et les partenaires technique et financier pour renforcer le système de gestion des ressources humaines en vue de garantir la disponibilité d'un personnel adapté aux besoins. Des efforts seront nécessaires pour doter la DRH de moyens adaptés à la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines. Il sera aussi mis en place des mécanismes qui assurent la disponibilité d'un personnel qualifié dans les zones difficiles avec un plan de relève, rendre disponible les spécialistes dans les régions avec un plan de fidélisation. Des initiatives seront prises pour veiller au respect des normes de la carte sanitaire en matière de ressources humaines et promouvoir la décentralisation des postes budgétaires.

Le MSAS valorise davantage les plateformes technologiques et développera la e-Santé afin de tirer meilleur profit des opportunités offertes par l'évolution technologique tout en mettant en avant la nécessité d'adapter les solutions au contexte de développement et besoins prioritaires du Sénégal.

Une des options phares de la SNFS est l'institutionnalisation d'un **paquet de services minimum garanti (PSMG)** à toutes les populations sénégalaises quel que soit leur situation socioéconomique dans tout le territoire national. L'implication financière d'une telle option fait que la démarche adoptée sera progressive en commençant avec un paquet de services de base qui sera renforcé au fur et à mesure que des ressources additionnelles seront mobilisées. Le DPPD santé constitue une opportunité pour une meilleure maîtrise de cette option à travers le Programme Services de santé de base (SSB)

Le paquet minimum de base attractif sera défini afin de disposer d'un instrument juridique qui servira de base à l'impulsion des mécanismes de prépaiement dans la santé, l'extension des services couverts et la réduction des paiements directs avec des subventions de l'Etat. Le paquet minimum de base servira d'instrument pour coordonner le régime des mutuelles de santé et les régimes d'assistance médicale ciblés sur les individus (gratuits des moins de 5 ans, plan Sésame, bourses de sécurité familiale et cartes d'égalité des chances). Le paquet minimum de base facilitera la délégation de la gestion de la prise charge des bénéficiaires des régimes d'assistance médicale aux mutuelles de santé communautaires en capitalisant sur l'expérience de la prise en charge des bénéficiaires des bourses de sécurité familiale à travers les mutuelles de santé.

Le ministère chargé de la santé devrait mettre en place un comité d'experts qui serait chargé de la définition du paquet minimum de base à partir des paquets essentiels de services de santé définis dans la carte sanitaire et de la liste des médicaments essentiels du MSAS. Le paquet minimum de base devrait inclure des services dont l'impact sur la santé est démontré, être soutenable financièrement dans le cadre des politiques de cotisations des mutuelles de santé et de subventions de la CMU. Il devrait permettre de réduire significativement les paiements directs des ménages et les risques de dépenses catastrophiques, de favoriser une meilleure

communication sur les services couverts, d'améliorer les relations avec les prestataires et la gestion des factures et enfin de faciliter la portabilité de la couverture à l'échelle nationale.

L'Etat mettra en place les instruments fonctionnels et efficaces pour favoriser un partenariat public privé performant afin de tirer un meilleur profit des avantages comparatifs de l'utilisation des différentes plateformes disponibles dans le secteur de la sante. A cet effet, le MSAS d'instaurera et facilitera le dialogue avec le Ministère des finances, le secteur privé de la sante, les collectivités locales pour mettre en place des mesures incitatives et autres mécanismes d'allègement des charges, un fonds de garantie et l'accès à un accompagnement technique en vue de faciliter la contribution du secteur privé de la sante a la mise en œuvre de la CMU. Le MSAS accompagnera l'accélération de la matérialisation de la vision à moyen terme de la PNA en facilitant le dialogue et le développement de partenariats stratégiques entre la PNA, l'industrie locale, le secteur privé local, le FONGIP en vue de faire du Sénégal un hub pharmaceutique en mesure de rayonner sur toute la sous-région ouest africaine.

Enfin, le Ministère de la sante valorisera et tirera un meilleur profit de l'expertise et le développement des services dans le secteur privé et des compétences en maintenance développée par la sante des armées en recourant d'avantage à la contractualisation de la maintenance des équipements lourds avec le privé. La demande croissante du système de santé en appareil d'aide au diagnostic et la rapidité de l'évolution technologique nécessitera des compétences techniques variées et régulièrement mis à niveau.

Il s'agira aussi de mettre à profit les plateformes des armées et utiliser les opportunités de recrutement des armées pour combler des gaps dans des domaines spécifiques de la sante

5.1.2. Amélioration/renforcement de la Qualité des services

En lien avec la nécessité de renforcer la flexibilité et la capacité de l'offre de services à répondre aux besoins des populations, le Ministère de la santé et de l'action sociale devra mettre en accent particulier sur les analyses prospectives et la collaboration avec les institutions de recherche pour adapter régulièrement les paquets de services aux profils épidémiologiques. Des efforts seront nécessaires pour (i) doter les structures responsables des urgences de moyens adéquats, (ii) créer des pôles d'excellence régionaux, (ii) renforcer la gestion communautaire et (iii) renforcer le partenariat avec l'université et le secteur privé.

LeLe Ministère de la santé et de l'action sociale devrait également veiller à la redynamation (ou créationcréation) des systèmes ou services d'accueil et d'orientation au niveau de toutes les structures sanitaires et sociales et à la vulgarisation de la charte du malade. Dans cette perspective, le MSAS devra consentir des efforts additionnels pour renforcer le suivi de la fonctionnalité des systèmes d'accueil et d'orientation, définir des protocoles d'accueil et d'orientation standardisés par niveau, intégrer l'accueil et l'orientation dans le curriculum de formation des prestataires,

Par ailleurs, le renforcement institutionnel du dispositif en charge de la qualité permettra de garantir le respect des politiques, normes et protocoles des différents programmes de santé afin de répondre efficacement aux attentes des populations. Le Ministère de la santé et de l'action sociale

devra renforcer la collaboration avec l'ANSD, les institutions de recherche et les partenaires techniques et financiers en vue d'institutionnaliser un dispositif d'enquêtes de perception des populations sur la qualité des services de santé et définir et mettre en œuvre une démarche qualité dans les services des soins et programmes de santé du MSAS.

Le renforcement des capacités de prestation des services de santé passera aussi par la prise en compte des leçons apprises ces dernières années avec l'émergence et la réémergences de certains problèmes de santé publique et les changements de profils épidémiologiques. L'Etat du Sénégal devra surtout renforcer la résilience du système de santé pour l'adapter aux besoins des populations en matière de santé en veillant à l'équité.

Dans le cadre des réformes de finances publiques, le Ministère de la santé et de l'action sociale devrait engager un dialogue avec le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan pour intensifier l'utilisation du mix-achat et pérenniser les mécanismes d'achat stratégique qui ont prouvé leur efficacité au Sénégal. La complémentarité des transferts budgétaires des CPOM/contrats de performance et du financement basé sur les résultats est une option viable pour améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources destinées à la santé mais aussi renforcer la qualité des services et la motivation du personnel. Le MSAS devra mettre en place des instruments efficaces pour accompagner les exigences de qualité et de disponibilité de services liées au développement de la CMUJ et des mutuelles de santé. A cet effet, il sera nécessaire de : (i) évaluer les mécanismes d'achat stratégique existants, renforcer l'ancrage institutionnel des mécanismes d'achat stratégique et le CPOM, allouer un budget adéquat aux mécanismes d'achat stratégique, (ii) adapter les mécanismes d'achat stratégique aux spécificités de chaque localité (iii) utiliser toutes les plateformes sanitaires disponibles (public, privé, forces armées, éducation...) dans le cadre de la mise en œuvre des contrats de performance et de mécanismes d'achat stratégique.

En outre, le MSAS initiera un dialogue avec le Ministère des Finances et les collectivités territoriales en vue de promouvoir l'appropriation des mécanismes d'achat stratégique par les collectivités territoriales et les communautés. Des efforts seront consentis pour trouver, au cas par cas, les combinaisons optimales de méthodes d'achat pour garantir une intégration efficace des mécanismes d'achat stratégique dans l'allocation des ressources et pour décentraliser l'utilisation des mécanismes d'achat stratégique pour renforcer la gouvernance locale et appuyer la décentralisation des BCI.

5.1.3. Disponibilité et accessibilité des médicaments et produits essentiels de qualité

Le Ministère de la santé devra renforcer les capacités institutionnelles du secteur pharmaceutique pour assurer une disponibilité et une accessibilité du médicament et des produits essentiels de qualité. A cet effet, le MSAS devra faciliter le dialogue avec les différentes entités étatiques et non étatiques impliquées dans le médicament pour assurer une viabilité technique et financière du système logistique mis en œuvre par la PNA (Dieguesina, Yegsina), promouvoir la production locale de médicaments et produits essentiels de santé, renforcer la collaboration entre les différents secteurs pour un usage accru des médicaments génériques et développer un cadre synergique d'actions des différents acteurs permettant d'assurer une disponibilité et une accessibilité du médicament et produits essentiels de qualité.

Le MSAS mettra également en place une politique de sang qui sécurise les individus et contribue de façon significative à sauver des vies. Il devra accorder une attention particulière au renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) en vue d'assurer la disponibilité du sang et dérivés à tous les niveaux. Vu la position stratégique du sang et sa place dans la lutte contre les décès maternels liées aux hémorragies et dans la prise en charge des accidents de la route, il sera nécessaire de faire un plaidoyer fort et de négocier avec le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan et le parlement en vue de sécuriser une ligne budgétaire avec un niveau de ressources adéquat aux besoins liés au renforcement de la politique nationale du sang en assurant un maillage adéquat du territoire en dépôts et banques de sang.

L'adaptation des capacités de prestation du système de services aux évolutions des besoins et aux changements dans le profil démographique et épidémiologique nécessitent cependant la disponibilité de données fiables pour guider la prise de décision concernant les réponses à apporter face aux besoins des populations, dans le moyen et long terme. Le MSAS devra ajuster son dispositif de planification et accorder une attention particulière à la planification à long terme pour la gestion des ressources humaines en santé. Le MSAS devra par conséquent entretenir le dialogue et la collaboration avec l'ANSD, les institutions de recherche et de formation pour réaliser des études prospectives sur les besoins en spécialistes répondant à l'évolution de la transition épidémiologique et démographique et mettre en œuvre une politique de formation adaptée aux besoins et aux profils épidémiologique

Le MSAS devra renforcer le cadre législatif et réglementaire pour garantir la qualité des médicaments et lutter contre la vente illicite des médicaments. Des actions soutenues de plaidoyer devront être initiées en direction du parlement et autres institutions nationales impliquées dans la réglementation en vue de : réviser les textes dans le sens d'obtenir des peines dissuasives pour lutter contre la contrefaçon, la malfaçon et la vente illicite des médicaments, doter la DPM et le LNCM de moyens adaptés pour assurer le contrôle et l'inspection, intégrer la lutte contre le trafic des médicaments dans le dispositif de la police qui assure la lutte contre le trafic des stupéfiants et réglementer les dons en médicaments selon les besoins en rapport avec les normes.

5.1.4. Gouvernance, décentralisation, et implication des populations

La carte sanitaire et sociale 2017-2021 institutionnalisée par la loi n° 2015-12 du 03 juillet a défini les normes de l'offre de services, identifié les gaps et a fixé le paquet minimum exigé et le paquet maximum autorisé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. La recommandation du Président de la République, lors des Conseils des Ministres du 13 novembre 2013 et du 15 juin 2016, de renforcer la fonctionnalité et la densification de la carte sanitaire ouvre une perspective de dialogue entre les acteurs de la santé vers la concertation dans l'identification des besoins de la population, la coordination et la cohérence des investissements planifiés par l'Etat, les collectivités locales, les associations, le secteur privé, les partenaires techniques et financiers en vue de renforcer l'équité et améliorer l'efficacité dans l'allocation et l'utilisation des ressources destinées à la santé des populations.

La programmation des investissements sera plus participative et inclusive à travers des plans d'actions annuels des centres de responsabilité alignés aux objectifs du DPPD. Elle utilisera davantage les priorités retenues dans la carte sanitaire pour la période tout en veillant à l'équité dans l'offre de services. Conséquemment, les infrastructures à tous les niveaux de la pyramide seront dotées de ressources humaines et matérielles de qualité et bénéficieront de budgets de fonctionnement selon des critères objectifs tenant compte des paquets de services et des autres normes de la carte sanitaire qui sont applicables. Ce qui est recherché à travers cette démarche c'est la répartition équitable des ressources de façon cohérente pour la réalisation des objectifs du secteur. C'est ainsi que le secteur de la santé sera en phase avec la nouvelle la nomenclature budgétaire qui est révisée pour lier les ressources aux actions des programmes fonctionnels du DPPD dans le cadre des réformes budgétaires et financières. Ces réformes mettent l'accent sur la reddition systématique des comptes auprès de l'Assemblée nationale et de la Cour des comptes. En plus de cela la stratégie mettra en place un système de reddition des comptes auprès des populations qui pourront ainsi assurer le contrôle citoyen.

5.1.5. Mesures phares

Paquet de services minimum garanti. La première mesure phare est de faire du paquet de services fourni au niveau des postes de santé comme le premier PSMG en prenant soin de mettre en place un système de suivi performant dans une perspective d'extension progressive à tous les services de santé de base (postes de santé et centres de santé) selon les ressources disponibles. En outre, l'instauration du PSMG peut en outre servir de base pour convaincre les populations sur la nécessité de rendre obligatoire la couverture du risque maladie.

Programme de densification de la carte sanitaire. Conséquemment à la décision de donner à tout sénégalais le droit d'avoir accès au PMSG, tous gaps en matière de disponibilité du paquet de services au niveau postes de santé doit être comblés selon une planification rigoureuse à travers un programme de densification de la carte sanitaire sur le court terme faisant partie intégrante d'un programme quinquennal d'inversement sectoriel plus vaste. Pour ce faire, la gestion de la carte sanitaire sera plus rigoureuse et son respect par toutes les parties prenantes assuré notamment par l'instauration du quitus de conformité.

Critères d'allocation des ressources et rationalisation de l'utilisation des médicaments. Il sera mis en place des critères d'allocations des ressources dont l'application permettra de répartir les ressources de façon équitable selon les priorités avec l'objectif de doter les structures de santé de moyens adéquats pour un fonctionnement optimal. Dans le même ordre d'idées, la prescription des médicaments sera rationalisée par l'application des ordinogrammes et la promotion de l'utilisation du registre des équivalences thérapeutiques.

Réforme des comités de santé. La réforme sur les comités de santé par la création des Comités de développement sanitaires (CDS) contribuera à la mobilisation de ressources au niveau local avec une meilleure implication des collectivités territoriales, de la société civile et du secteur privé. Le

fonctionnement des CDS et l'implication de tous les acteurs de la base à la gestion de la santé sera facilitée si la réforme des districts sanitaires aboutit.

5.2. OS2 : Extension de la protection contre le risque financier lié à la maladie

La couverture du risque maladie pour les populations reste encore faible et fragmentée. En 2011, un nombre de 38056 ménages soit 2,9% du total des ménages sénégalais^{xii} ont fait face à des dépenses catastrophiques de santé. Les CNS 2013 révèlent que les paiements directs des ménages représentent plus de la moitié des dépenses totales de santé. Ceci a pour conséquence le recours tardif, voire l'exclusion aux soins de santé. Un des moyens pour y remédier est l'extension de la protection des populations contre le risque financier lié à la maladie.

La protection contre le risque financier s'entend par la minimisation du paiement direct réduit à sa plus faible expression (ticket modérateur) et à terme par son abolition notamment par l'assurance complémentaire. Pour ce faire, l'assurance de base devra être généralisée à travers des mécanismes d'adhésion obligatoire sans exclusion des plus pauvres, dûment ciblés, qui seront pris en charge par des dispositifs d'assistance médicale.

Pour assurer une mise en œuvre cohérente et efficiente de l'ambition de protection des populations contre le risque maladie, une coordination générale des régimes de couverture se fera de manière à atténuer la fragmentation. A cet effet, il s'agira de coordonner un dispositif unifié pour chaque secteur formel et informel afin de garantir des possibilités de péréquation entre différents mécanismes en vigueur et d'harmonisation entre les différents régimes.

5.2.1. Extension progressive de la couverture du secteur informel et du monde rural

Cette extension se fera par un développement progressif de mécanismes d'adhésion obligatoire. Jusqu'ici, la protection des populations du secteur informel et du monde rural se fait sur une base des mécanismes d'adhésion volontaire, principalement à travers les mutuelles de santé. Cette affiliation sur une base volontaire constitue un obstacle certain pour progresser au rythme voulu vers la couverture sanitaire universelle.

Le développement de mécanismes d'adhésion obligatoire à un dispositif d'assurance maladie s'entend de l'institutionnalisation d'une obligation attachée ou couplée (obtention de permis, registre de commerce, NINEA, obtention de marchés publics, etc.) à des bénéficiaires pour des segments de la population entretenant des relations avec l'administration publique.

Cette option favorisera une réduction de la sélection adverse, un assouplissement des modalités d'adhésion, une amélioration du ciblage, un renforcement de l'équité et une amélioration de la protection financière des ménages. Elle aura l'avantage d'améliorer la réceptivité et l'acceptabilité sociale. Elle contribuera au renforcement des sources obligatoires avec réduction des coûts associés à la collecte de cotisations, l'amélioration de l'équité dans la mise en commun des ressources, la minimisation des contributions volontaires des individus, des ménages et la sécurité dans le financement (fonds dédiés).

5.2.2. Prise en charge de l'affiliation des groupes vulnérables : population économiquement faible

Cette prise en charge concerne la frange de la population qui ne pourra pas s'acquitter de droits d'adhésion et de cotisations aux mutuelles de santé. Un ciblage rigoureux permettra d'identifier les populations économiquement faibles, ayant droit à l'assistance médicale. Ce ciblage aura l'avantage de maximiser la réduction ou l'élimination des doublons, la réduction des fuites avec l'inclusion des personnes non

éligibles, la réduction des risques d'exclusion des personnes éligibles et la réduction des coûts d'identification et de ciblage

Le renforcement du système de ciblage permettra de minimiser les doublons, d'éviter l'inclusion des personnes non éligibles, de réduire les risques d'exclusion des personnes éligibles mais aussi les coûts d'identification et de ciblage. Dans cette perspective, il s'agira de capitaliser les plateformes et instruments existants, notamment le registre national unifié, les systèmes de ciblage (Action sociale, Agence CMU, DGPSSN, etc.), l'initiative de l'Agence de la CMU pour les cartes biométriques et les systèmes statistiques coordonnés par l'ANSD.

Aujourd'hui, un effort de centralisation de l'information concernant l'état d'indigence de la population se fait à travers le registre national unique (RNU). L'absence d'appropriation et d'accès au registre ne concourt pas à son utilisation. Afin de garantir un ciblage optimal, il sera mis en place un comité national de pilotage du RNU et de ses développements ultérieurs avec les parties prenantes.

Le renforcement de la communication et l'information des bénéficiaires contribueront à une plus grande lisibilité du paquet de bénéfices offerts et des conditions d'y accéder. Ce qui favorisera une meilleure utilisation des services et le renforcement du contrôle par les bénéficiaires.

Sa mise en œuvre s'inspirera entre autres des acquis en termes de dispositif et de systèmes d'informations et de communication (centre d'appel/ Agence CMU ; numéro vert/MSAS ; SNEIPS/ BREIPS/ MSAS) ainsi que des nombreux relais d'informations existants (réseaux de relais, mutuelles, BG, radios communautaires et OCB). Sur le plan institutionnel, il est important de renforcer les cadres existants et d'institutionnaliser un système de gestion des appréciations des bénéficiaires.

5.2.3. Mise en place d'un mécanisme unifié de gouvernance des régimes de couverture

Pour assurer une mise en œuvre cohérente et efficiente de l'ambition de protection des populations contre le risque maladie, une coordination générale des régimes de couverture se fera de manière à atténuer la fragmentation. A cet effet, il s'agira de coordonner un dispositif unifié pour chaque secteur formel et informel afin de garantir des possibilités de péréquation entre différents mécanismes en vigueur et d'harmonisation entre les différents régimes.

Pour renforcer la supervision des régimes, deux organismes de supervision séparés seront mis en place pour la gestion (i) des régimes obligatoires du secteur formel (imputation budgétaire, IPM, IPRES, CSS, ..) et (ii) des régimes du secteur informel et rural (intégration des cibles de gratuité dans les mutuelles de santé).

Cette option de défragmentation est basée sur la recherche d'un modèle plus réalisable devant être bâti sur deux grandes entités ayant des objets centrés sur le secteur formel et informel. Plus opérationnel dans le contexte actuel, l'avantage favorise le développement des relations de collaboration entre les groupes formel et informel et la possibilité de disposer d'un paquet de bénéfices harmonisé par regroupement en plus de la réduction des coûts de gestion engendrés. La mise en place d'institutions comme l'ICAMO, l'Agence de la CMU et les institutions faitières pour le secteur formel et informel (UNAMUSC, UMEN ; FNMS) procure ainsi un contexte favorable pour progresser rapidement vers deux organismes de supervision.

Pour ce qui est de la gestion des régimes du secteur formel, il s'agira de renforcer les missions de l'ICAMO afin de lui permettre de jouer pleinement son rôle de supervision et de coordination des régimes

couvrant le secteur formel, notamment les imputations budgétaires pour les agents de l'Etat, les IPM pour les salariés du secteur privé ainsi que les cibles de l'IPRES.

Concernant la gestion des régimes du secteur informel, il est noté à ce jour, l'Agence de la CMU assure la gestion de l'assurance maladie communautaire, la prise en charge des plus pauvres (BSF et titulaires des CEC) ainsi que les régimes d'assistance médicale. Il s'agira de renforcer ce dispositif et ses liens fonctionnels avec la Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale (DGPSSN).

A terme, il sera mis en place un seul organisme chargé de coordonner tous les régimes de couverture des secteurs formel et informel de manière à permettre à l'Etat d'avoir un seul interlocuteur. Le renforcement des missions actuelles de la DGPSSN permettrait de l'ériger en une institution unique susceptible de jouer ce rôle. La mise en place d'un tel organisme central requerra une acceptation par les acteurs institutionnels à travers un large consensus avec les organisations et responsables et bénéficiaires des autres régimes.

Mise en place de la CAPSU pour le secteur informel : L'option d'une Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU) relève du contexte et de l'environnement très favorable à son institution. En effet, la mise en place de la CAPSU est inscrite dans une dynamique marquée par une forte volonté politique exprimée par les plus hautes autorités et un début de mise en œuvre en termes de réflexion. Dans sa conception actuelle, la CAPSU est sensée gérer les subventions aux mutuelles de santé, les bourses de sécurité familiale, le minimum vieillesse et la retraite complémentaire pour les petits épargnants. Sa mise en place favorise une plus grande solidarité des régimes en dehors de l'assurance maladie. Dans la perspective de couverture du secteur informel, il est proposé d'étendre les missions de la CAPSU à la prise en charge des plus pauvres à travers les régimes d'assistance.

Mise en place d'une caisse pour le secteur formel : A l'instar du secteur informel, il sera créé une caisse pour le secteur formel. Elle intégrera la gestion des financements des IMP, de l'imputation budgétaire et de l'IPRES

Mise en place d'une Caisse autonome pour la gestion du risque maladie. Il s'agira de mettre en place de façon progressive une caisse unique de gestion de risque maladie des secteurs formel et informel. Cette caisse favorisera une plus grande solidarité entre les régimes, une meilleure couverture du risque maladie un meilleur accès aux soins de qualité à travers des achats plus stratégiques.

Mise en place du système d'informations intégré. Le défi de la mise en place du système d'information est lié à la nécessité de disposer à temps des informations de qualité qui non seulement servent de base à la gestion des régimes et des organisations individuelles, mais constituent une source d'informations mises en commun pour mieux comprendre, suivre et orienter la dynamique vers la couverture sanitaire universelle au niveau national. L'option envisagée est d'accélérer la mise en place de la plateforme du système intégré d'informations de l'Agence de la CMU 7 SIGICMU/ Guichet unique. L'objectif est d'appuyer les centres de responsabilités dans l'adaptation et l'implantation d'un système d'information adopté au niveau national. Ce système d'informations fournit une base d'information à temps pour appuyer la gestion stratégique de la CMU, la planification et la coordination des interventions d'appui, le suivi et l'évaluation des régimes au niveau national. L'existence d'un tel système contribue à réduire ou éliminer les difficultés de ciblage en améliorant et en facilitant l'accessibilité de l'information complète à temps réel, le renforcement du mécanisme de suivi et de l'évaluation ainsi que le suivi des indicateurs.

5.2.4. Mesures phares

PSMG : La première mesure phare est de faire du paquet de services fourni au niveau des postes de santé comme le premier PSMG en prenant soin de mettre en place un système de suivi performant dans une perspective d'extension progressive à tous les services de santé de base (postes de santé et centres de santé) selon les ressources disponibles. L'instauration du PSMG peut en outre servir de base pour convaincre les populations sur la nécessité de rendre obligatoire la couverture du risque maladie.

Les actes nécessaires seront pris et les relations contractuelles avec l'ACMU et les parties prenantes définies pour confier la gestion des mécanismes de gratuité aux les mutuelles de santé à travers cadre harmonisé qui assure une utilisation plus rationnelle des subventions de l'Etat.

5.3. OS3 : Renforcement des actions/interventions multisectorielles à haut impact sur la santé

La charge de morbidité et l'importance des dépenses de santé y afférentes sont fortement tributaires de facteurs comportementaux et environnementaux dont les réponses relèvent de la compétence de plusieurs secteurs de développement.

Compte tenu du faible niveau initial de couverture et des écarts à combler, les déterminants sociaux de la santé doivent figurer au premier rang des défis à relever.

5.3.1. Application de mesures dissuasive et promotion d'initiatives sur les déterminants comportementaux

Il est convenu que certains facteurs liés au mode de vie sont responsables de la mauvaise santé et agissent négativement sur le bien-être des individus. Il s'agit, entre autres, des mauvaises habitudes alimentaires, de l'usage du tabac, de l'alcool, des drogues et d'autres substances psychoactives ; du manque d'activité physique ; de la violence ; d'une mauvaise hygiène ; des rapports sexuels non protégés.

Les mauvaises habitudes de vie telles que la mauvaise alimentation, la consommation de substances psychotropes et la sédentarité entraînent notamment la malnutrition, l'obésité et l'augmentation des maladies non transmissibles.

L'application effective de la loi anti-tabac, le renforcement de la sensibilisation sur les méfaits du tabagisme en général et particulièrement chez les jeunes en milieu scolaire, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, le contrôle de la publicité et de la vente de tabac constituent une avancée significative dans la lutte contre ce fléau. La riposte doit s'appuyer sur un plan stratégique multisectoriel de lutte contre le tabac avec des stratégies efficaces et des actions de hautes portées.

Dans le domaine particulier de la lutte contre l'alcool pourvoyeur de troubles mentaux, de violences, de stress et accidents de la voie publique, il faudra un contrôle plus strict des débits de boissons et une interdiction de toute vente d'alcool aux abords des espaces scolaires.

Les tabous alimentaires et les mauvaises pratiques culinaires sont à l'origine d'une alimentation non équilibrée entraînant une malnutrition, des maladies chroniques et diarrhéiques. Il est indispensable de mettre en place une stratégie de promotion d'une alimentation saine et équilibrée et de veiller au contrôle de l'hygiène alimentaire en relation avec les secteurs du commerce, de l'éducation et les institutions de recherche.

L'urbanisation induit un changement du mode de vie des populations qui pratiquent moins d'activités physiques. Le manque d'aménagements sportifs dans les grandes agglomérations expose les populations au stress, à l'obésité et l'apparition des maladies chroniques. Le renforcement de la promotion du sport permettra de réduire les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires et métaboliques.

La recrudescence des accidents de la circulation est liée en grande partie au facteur humain (non-respect du code de la route, téléphone au volant, conduite en état d'ivresse, défaut de permis de conduire, mauvais comportement des usagers de la route, etc.). Cette situation est aggravée par le mauvais entretien des véhicules, l'état défectueux des routes et le mauvais éclairage. Il faudra veiller à l'application stricte des 10 mesures phares préconisées par l'Etat.

L'effet de la mode et le développement rapide des TIC et des réseaux sociaux au sein de la population jeune ont une forte influence sur leur mode de vie et leurs comportements sexuels néfastes à la santé. La sexualité précoce, le multi partenariat et les rapports sexuels non protégés sont des facteurs de risque dans la propagation des IST/SIDA. L'inversion de cette tendance sera possible avec la promotion de la santé de la reproduction et le renforcement de l'éducation à la vie familiale en collaboration avec les ministères chargés de l'éducation, de la famille et de la jeunesse. En outre, l'Etat devra accélérer le processus d'élaboration de la loi d'orientation familiale.

Les formes de violences les plus constatées sont verbales, sexuelles et physiques. L'Etat et les organisations de la société civile devront mettre en œuvre des stratégies de prévention et de prise en charge holistique des violences. Elles prendront en compte les orientations relatives à l'addiction à la drogue et à l'alcool.

5.3.2. Déterminants environnementaux

La forte croissance du parc automobile vieillissant, le développement de l'industrie extractive sont les principales causes de la pollution de l'air qui frappe surtout les grandes agglomérations urbaines. L'Etat s'attèle à trouver des solutions pour renouveler le parc automobile avec des véhicules moins polluants et trouver des arrangements avec l'industrie pour le respect des normes environnementales. Dans cette perspective le secteur de la santé apportera sa contribution en termes de suivi des conséquences sanitaires en s'appuyant sur ces centres spécialisés. Les données qui seront issus des différentes recherches devront être utilisées pour des solutions.

Malgré l'atteinte de l'OMD, en rapport avec l'accès à l'eau potable il existe encore des poches en zone urbaine et rurale où les populations font recours à des méthodes artisanales d'exhaure, de transport et de stockage de l'eau qui ne garantissent pas la qualité. En milieu urbain la pollution est le principal facteur de détérioration de la qualité de l'eau. Cette pollution résulte de la proximité entre les déchets industriels et domestiques, le réseau d'assainissement défectueux et le système de transport de l'eau.

Il y a lieu de renforcer la surveillance de la qualité de l'eau en mettant en contribution les services de compétence de la SDE, du MSAS et des laboratoires indépendants. Dans tous les cas un efforts devra être fait pour résorber les gaps tout en assurant une bonne information des populations sur les méthodes de purification de l'eau par une action conjuguée des secteurs de l'hydraulique, de la santé, de l'éducation et de tous les autres acteurs concernés. En zone urbaine l'accès devra être mis sur la vulgarisation et l'application des codes de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement en luttant efficacement contre les méthodes précaire d'exhaure.

Les réponses préconisées face aux déterminants abordés plus haut ont en commun leurs caractères multisectoriels qui nécessiteront la mise en place de cadres qui vont permettre une participation large et inclusive de toutes les parties prenantes. L'accent sera mis sur le suivi et l'évaluation des actions

conjointes sur la base d'une documentation systématique des expériences. C'est ainsi que le comité de pilotage et autres organes de gestion et de coordination de la stratégie seront conçus et mis en place.

5.4. OS4 : Mobilisation accrue des ressources financières pour tendre vers la CSU

Pour tendre vers la CSU, une des recommandations forte dans la région africaine est de consacrer au moins 15% du budget national au secteur de la santé. Actuellement, même si l'on a une progression continue en valeur absolue, la part du budget allouée à la santé se situe en 2014 à 8,04% du budget^{xiii}. Ceci peut expliquer d'une part l'incapacité à financer le développement conséquent de l'offre et d'autre part le fardeau de dépenses (59%)⁸ aujourd'hui supporté par les ménages. La contribution des collectivités territoriales au financement de la santé est encore faible au regard de l'insuffisance de leurs moyens pour l'exercice des compétences qui leur sont transférées. D'un autre côté, le potentiel de financement du secteur privé demeure sous exploité et l'APD est encore en deçà de des attentes (0,7 % du PNB des pays développés appuyant le Sénégal)⁹.

Toutefois, la combinaison des perspectives économiques positives sont favorables à la mobilisation des ressources internes et pour progresser vers la couverture sanitaire universelle.

Le renforcement de la mobilisation des ressources internes devra faire face à plusieurs défis dont : l'augmentation du budget du secteur de la santé pour atteindre au moins les 15% du budget national ; l'alignement et l'harmonisation des procédures conformément au principe de la déclaration de Paris ; l'augmentation de la contribution des collectivités locales territoriales ; l'exécution efficiente des ressources pour atteindre la couverture sanitaire universelle ; la recherche d'autres sources de financement innovant ; la reddition des comptes.

5.4.1. Augmentation de la contribution de l'Etat et de ses démembrements au financement de la santé ;

Il sera procédé un plaidoyer fort auprès du ministère chargé des finances, du gouvernement et de l'assemblée nationale pour l'élévation du financement de la santé à un niveau qui devra lui permettre d'atteindre les objectifs de développement durable en matière de santé. En effet, le gouvernement pourrait s'engager sur un taux annuel de progression du budget de la santé vers le seuil d'Abuja dans le nouveau contexte institutionnel mis en place par les réformes de gestion des finances publiques pour assurer que la mobilisation des ressources additionnelles dans la santé soit justifiée par les progrès vers la couverture sanitaire universelle.

La transparence dans l'utilisation des fonds mis à la disposition de la santé sera renforcée à travers la reddition des comptes, la sécurisation et l'utilisation efficiente des ressources de l'Etat. A cet effet, les ressources seront réparties et exécutées en tenant compte des priorités du secteur et les ressources de l'Etat orientées vers des actions de prévention à haute impact. Dans cette perspective, le dialogue dans l'allocation et le suivi financier des ressources budgétaires destinées à la santé et allouées aux autres structures de l'Etat sera renforcé. A cet égard, il sera opportun que le MEFP implique davantage le MSAS dans l'allocation desdites ressources, mais aussi dans la définition des objectifs et résultats assignés à ces structures en termes d'amélioration de la santé des populations.

⁸ CNS 2013

⁹ Consensus de Monterrey, Conférence internationale sur le financement du développement, 1er mars 2002

L'instauration de taxes spécifiques ou spéciales au bénéfice de la santé en mettant l'accent notamment sur les produits à fort potentiel de morbidité contribuerait à la mobilisation des ressources internes dans la santé en même qu'elle contribuerait à des comportements favorables à la santé. Aussi, le gouvernement devrait envisager des stratégies de réallocation de taxes déjà existantes, d'exonération de dépenses fiscales ainsi que de mobilisation de financements innovants à partir des sociétés pétrolières, gazières et minières, entre autres.

Enfin, la mise en place d'un fonds national de solidarité santé fera l'objet d'une étude d'opportunité à l'effet d'assurer la prise en charge des régimes d'assistance médicale et l'extension de la couverture maladie de base dans les secteurs informel et rural. Il va falloir prévoir des mécanismes de placement des ressources de ce fonds pour générer des revenus qui devraient progressivement atténuer la contribution de l'Etat et permettre la prise en charge des gratuités et l'extension de la couverture maladie. Ce fonds national de solidarité santé sera placé sous la tutelle du MSAS.

Le gouvernement renforcera le dialogue avec la décentralisation pour l'exercice des compétences en matière de santé par les collectivités territoriales dans le contexte de l'Acte 3 de la Décentralisation. Plusieurs options stratégiques seront combinées pour exploiter les potentialités des collectivités territoriales dans la mobilisation des ressources internes en vue de soutenir les progrès vers la couverture sanitaire universelle et l'atteinte des objectifs de développement durable en matière de santé.

Les procédures de mise en place du BCI décentralisé devraient être allégées. Les crédits du BCI décentralisé devront être également utilisés de manière efficace et efficiente en vue de l'atteinte des objectifs de la couverture sanitaire universelle. En plus, des efforts seront nécessaires pour alléger les procédures de mobilisation des fonds de dotation de la décentralisation et améliorer également la prévisibilité desdits fonds. Ces fonds seront exécutés conformément aux priorités des structures sanitaires.

La promotion de la collecte de ressources locales à partir de la fiscalité locale pourrait contribuer au renforcement des interventions sanitaires des collectivités locales. A cet égard, le gouvernement renforcera la collecte des ressources locales autant qu'il développera des stratégies en relation avec les collectivités territoriales en vue d'une réallocation de ces ressources au profit des structures de santé implantées dans lesdites collectivités.

Enfin, la coopération décentralisée orientée davantage dans le domaine de la santé sera également renforcée. En effet, la coopération décentralisée trouve son fondement dans le code général des collectivités territoriales. Elle était déjà prévue par les textes de la décentralisation de 1996. Les collectivités peuvent dans le cadre de cette coopération signer des conventions avec des collectivités territoriales de pays étrangers ou des organismes internationaux publics de développement. En vue de développer la coopération décentralisée, le gouvernement devra davantage encadrer les élus locaux sur les démarches et procédures pour la mise en œuvre de la coopération décentralisée et sensibiliser les élus locaux sur l'importance d'orienter la coopération dans le domaine de la santé ;

5.4.2. Diversification des sources de financement

Le gouvernement devrait renforcer le dialogue avec les partenaires techniques et financiers (PTF) du secteur de la santé pour rationaliser leurs contributions dans le développement sanitaire et permettre au gouvernement de gagner du temps et mitiger les risques dans les efforts pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle et l'atteinte des objectifs de développement durable en matière de santé. Plusieurs options pourraient être combinées dans cette perspective.

L'alignement des interventions des PTF aux priorités du gouvernement devrait être renforcé. Il serait souhaitable que le gouvernement définisse ses priorités en matière de santé et que les PTF contribuent à la réalisation des objectifs fixés. Par ailleurs, les procédures de mobilisation des ressources des PTF devraient être harmonisées avec celles du gouvernement. En retour, le gouvernement devrait partager le maximum d'informations avec les PTF sur les possibilités de financement pour plus d'efficacité.

L'harmonisation et/ou l'allégement des procédures d'exécution des fonds des PTF devraient être renforcées. La prévisibilité du financement extérieur devrait être améliorée : à cet effet, les PTF devront partager avec le secteur les enveloppes budgétaires annuelles. Toutefois, pour les PTF non signataires de la déclaration de Paris, les procédures d'exécution des ressources devraient être assouplies.

Enfin, le gouvernement devrait favoriser l'utilisation des prêts pour gagner du temps dans le cadre des efforts pour combler les déficits dans l'offre de soins particulièrement les ressources humaines et les investissements.

Le gouvernement devrait renforcer l'engagement du secteur privé pour soutenir la mobilisation des ressources internes dans la santé. Plusieurs options pourraient être envisagées pour renforcer la contribution du secteur privé au développement sanitaire.

Le gouvernement pourrait promouvoir la contribution du secteur privé dans la santé en améliorant l'environnement des affaires pour rendre les interventions plus efficaces. A cet effet, les actions suivantes pourraient être envisagées : prendre des initiatives nécessaires à une simplification de la réglementation qui encadre l'installation des structures privées ; réviser la fiscalité applicable au secteur privé de la santé, pour favoriser l'accessibilité des services de santé du secteur privé. La collaboration avec le secteur privé sanitaire pourrait être renforcée pour une mutualisation des ressources humaines et matérielles dans le cadre des efforts vers la couverture sanitaire universelle.

Le partenariat public-privé pourrait être promu pour renforcer le développement des infrastructures sanitaires. Il s'agirait de développer des expériences basées sur les modèles ci-après : le contrat de partenariat régi par la loi 2014-09 du 20 février 2014 où des loyers sont versés par l'Etat en guise de rémunération du partenaire privé ; les délégations de services publics (BOT, affermage, régie intéressée) dont la rémunération du partenaire privé est basé sur les résultats de l'exploitation ou du paiement de l'utilisateur ; la collaboration avec le fonds souverain

FONSIS pour le financement, la réalisation et l'exploitation d'infrastructures sanitaires en vue de renforcer les plateaux techniques des structures sanitaires.

Enfin, la promotion du mécénat et la responsabilité sociétale des entreprises pourrait être renforcée au profit de la santé. Le plaidoyer auprès des mécènes et des entreprises devrait être renforcé pour les amener à orienter leurs contributions vers les priorités définies par le MSAS. Ce plaidoyer pourrait être soutenu par la mise en place d'un dispositif de coordination et de suivi des interventions.

5.4.3. Rationalisation de la dépense de santé

Pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, les paiements directs des ménages dans la santé devraient être réduits significativement. Plusieurs options pourraient être combinées pour réconcilier le renforcement de la contribution des ménages dans la mobilisation des ressources internes et l'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé et la protection financière des ménages dans la santé.

Le gouvernement devrait mettre en place des procédures allégées répondant à des normes de gestion requises pour encadrer l'exécution des fonds provenant des populations dans le cadre du recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires publiques. Dans cette perspective, le Gouvernement devrait diligenter les textes mettant en place les comités de développement sanitaires.

Le gouvernement devrait renforcer les efforts en cours pour promouvoir les mécanismes de prépaiement des ménages dans la santé, dont le renforcement des systèmes d'assurance maladie obligatoire, la réduction de l'évasion sociale des entreprises et le développement des mutuelles de santé dans le secteur informel. Le gouvernement devrait renforcer l'information et la sensibilisation pour promouvoir la rationalisation des dépenses de santé des ménages et orienter leurs dépenses de santé vers des actions de prévention et renforcer leur adhésion aux mécanismes de prépaiement existants dans la santé.

Enfin, pour les ménages les plus pauvres dont la capacité de payer est trop faible, le gouvernement devrait renforcer les initiatives en cours pour renforcer leur prise en charge dans la santé à travers des mécanismes de ciblage telles que mises en œuvre dans le cadre de la collaboration entre le programme de la couverture maladie universelle, le programme des bourses de sécurité familiale et d'autres programmes de filets sociaux.

Mesures phares

Il sera mis en place des critères d'allocations des ressources dont l'application permettra de répartir les ressources de façon équitable selon les priorités avec l'objectif de doter les structures de santé de moyens adéquats pour un fonctionnement optimal. Dans le même ordre d'idées, la prescription des médicaments sera rationalisée par l'application des ordinogrammes et la promotion de l'utilisation du registre des équivalences thérapeutiques.

L'Etat prendra les textes appropriés pour améliorer la mobilisation des ressources plus importantes à partir de sources nouvelles comme les produits des taxes sur certains produits (surtout ceux nocifs pour la santé des populations) mais aussi en prenant en compte les opportunités offertes par l'exploitation du gaz et du pétrole d'ici 2021.

Il s'agira entre autres de mettre en place une structure suffisamment autonome qui aura la charge d'assurer à elle seule les fonctions de réglementation et de partenariat public privé et d'institutionnaliser les cahiers de charges pour les prestataires du privé (y compris pour formation) pour les dossiers de demande d'installation.

Cette mesure est nécessaire car elle impacte sur tout le processus de mise en œuvre de la SNFS et permet d'assurer périodiquement (tous les deux ans dans un premier temps) la disponibilité de données fiables qui seront utilisés pour la prise de décisions en vue de renforcer toutes les fonctions du financement de la santé.

6. Mesures phares (2 pages)

Mesures illustratives (à valider, compléter lors de la session du 11 Avril, valider et développer):

- Programme d'investissement sectorielle
- Programmes prioritaires de santé publique
- Programme de densification de la carte sanitaire (PDCS/CSU)
- Ressources humaines dans la santé
- Renforcement de la réglementation du médicament
- Promotion du secteur privé
- Couverture maladie universelle
- Gouvernance du financement de la santé
- Recherche opérationnelle, capitalisation et utilisation des pour orienter les stratégies (plan ou programme de recherche, lien entre chercheurs et décideurs y compris mise en place d'observatoires)

7. Cadres institutionnels de pilotage, de suivi et d'évaluation

La mise en œuvre de la CSU est déjà l'affaire de nombreux acteurs : directions centrales et régionales de plusieurs ministères, ONG et associations, acteurs privés à but lucratif... avec l'appui, dans un certain nombre de cas, des partenaires techniques et financiers. Le tableau suivant rappelle ces rôles.

ACTEURS	ROLES ET RESPONSABILITES	DOMAINES D'INTERVENTION
Primature	Pilotage politique (coordination, suivi et évaluation)	Régulation Suivi et évaluation
Ministère de la santé et de l'action sociale	Mise en place d'un cadre de pilotage technique de la SNFS Coordination de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et évaluation de la SNFS Améliorer l'offre Mise en œuvre de la CMU	Offre et demande Déterminants Régulation
Ministère de l'économie, des finances et du plan	Appui financier à la SNFS Suivi de l'exécution financière et Evaluation des performances Contrôle de la gestion financière Suivi des indicateurs macro Production de données pour le suivi (imputations budgétaires, etc.)	Financement Allocation des ressources Mobilisation des ressources financières (internes et externes)
Autres Ministères sectoriels	Accompagner le processus de mise en œuvre de la CMU	Offre Demande, Déterminants
Collectivités territoriales	Production de données pour le suivi des mutuelles de santé Suivi de la mise en œuvre de la SNFS Mobilisation des ressources	Offre Financement de la Demande Déterminants
Assurance privé et mutuelles de santé	Mise en commun des risques Production de données pour le suivi	Demande
Secteur privé	Accompagnement dans la mise en œuvre de la CMU	Offre Déterminants Demande
Associations des consommateurs (ménages)	Suivi	Financement de la Demande
Société civile	Production de données pour le suivi Suivi et contrôle citoyen	Offre Financement de la Demande
Partenaires techniques et financiers	Accompagnement	Offre demande

Du fait du caractère multisectoriel et multi-acteur de la CSU, il sera mis en place une instance de pilotage de la Stratégie Nationale sur la Couverture Sanitaire Universelle.

Il existe actuellement un Comité de Pilotage pour l'élaboration et le Suivi de la CSU placé sous la Présidence du MSAS (arrêté N°-----) Le caractère multisectoriel de la stratégie et souci de relever le portage institutionnel justifient de revoir le comité de pilotage actuel et de le placer sous l'autorité du premier Ministre, le ministère chargé de la santé assurant le rôle de rapporteur.

Le Comité de pilotage est chargé de :

- ✓ Donner des orientations sur les politiques et stratégies de la couverture sanitaire universelle ;
- ✓ S'assurer de la cohérence des activités de la SN-CSU avec celles de la SNPS ;
- ✓ Contribuer à la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la CSU ;
- ✓ Faire des recommandations sur des questions liées à la couverture sanitaire universelle ;
- ✓ Apprécier la mise en œuvre de la Stratégie Nationale sur la Couverture sanitaire universelle ;
- ✓ Coordonner la communication sur la couverture sanitaire universelle ;
- ✓ Veiller à la coordination des actions de plaidoyer et de mobilisation des fonds d'appui à la promotion de la couverture sanitaire universelle ;
- ✓ Veiller à la cohérence des programmes issus des axes stratégiques de la SN-CSU avec les priorités nationales ;
- ✓ Veiller à la visibilité et aux impacts des programmes de couverture sanitaire universelle ;
- ✓ Veiller au bon fonctionnement de la Cellule Interministérielle de coordination et d'appui à la mise en œuvre de la CSU (Cf. ci-après).

Afin d'éviter la dispersion des activités des différents acteurs et de s'assurer que toutes les activités contribuent efficacement à la mise en œuvre de la CSU, et compte tenu de son caractère intersectoriel, il y a un besoin de coordination et d'innovations. Ces fonctions seront assurées par une Cellule opérationnelle d'Appui et de Coordination de la mise en œuvre de la CSU. Cette Cellule devra assurer les missions suivantes :

- ✓ Contribuer à la mise en œuvre des axes stratégiques de la SN-CSU, ce qui signifie notamment :
- ✓ S'assurer de la cohérence des activités menées en amenant les différents acteurs à se concerter. Cette mission de coordination dans un dispositif intersectoriel est essentielle ;
- ✓ Impulser la faisabilité d'actions nouvelles et innovantes ;
- ✓ Veiller à l'implication de tous les acteurs concernés, y compris les populations ;
- ✓ Amener les PTF à soutenir la vision du long terme de la CSU ;
- ✓ Soutenir l'action des acteurs responsables des activités CSU ;
- ✓ Coordonner les formations concernant la CSU, notamment aux niveaux périphériques ;
- ✓ Assurer l'information auprès des différents acteurs et personnels responsables des activités CSU, notamment au niveau périphérique (diffusion de la SN-CSU, information sur les expériences des autres pays, etc.) ;
- ✓ Réaliser des tâches spécifiques : cette cellule sera en charge des tâches suivantes :
- ✓ Elaborer le budget annuel consacré à la CSU en rassemblant l'ensemble des dépenses consacrées à la CSU tant au niveau du budget de l'Etat que des dépenses réalisées par d'autres acteurs (organismes d'assurances, collectivités territoriales), de sorte à faciliter sa présentation à l'Assemblée Nationale ;
- ✓ Elaborer et alimenter en information les indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la CSU. Cette cellule, en concertation avec toutes les parties prenantes, devra élaborer puis mesurer des indicateurs de résultats concernant la CSU. Une attention toute particulière sera accordée à la prise en compte de l'équité. Les indicateurs retenus seront spécifiques au Sénégal. Toutefois, afin d'assurer les comparaisons internationales, seront aussi pris en compte les indicateurs retenus au plan mondial ;
- ✓ Contribuer à l'évaluation des activités menées dans le cadre de la CSU

Pour assurer ces tâches, cette Cellule d'appui et de coordination sera dotée de plusieurs cadres techniques de haut niveau venant des différents ministères concernés. Il s'agit de cadres nationaux ayant le statut de fonctionnaires. Cette structure permanente devra disposer des moyens lui permettant de remplir ses missions. Elle élaborera chaque année son plan d'action et son budget en collaboration avec les Ministères concernés. Elle pourra être appuyée par un Partenaire Technique et Financier.

Par ailleurs, cette Cellule d'Appui et de Coordination servira de secrétariat au Comité de Pilotage. Elle préparera, avec le Président de Comité de Pilotage, l'ordre du jour des réunions du Comité de Pilotage où elle assure le secrétariat.

En termes d'organigramme, cette Cellule d'Appui et de Coordination est rattachée au MSAS, directement au niveau du Ministre. La tutelle sera assurée entièrement par cette hiérarchie qui rendra compte au Comité de Pilotage.

Cette Cellule d'Appui et de Coordination sera instituée par un arrêté interministériel.

Comme indiqué ci-dessus, la Cellule d'Appui et de Coordination aura parmi ses premières tâches à réaliser d'établir les indicateurs globaux de suivi de la CSU. Il est trop tôt à ce niveau pour retenir une liste détaillée de ces indicateurs. Toutefois, une manière de procéder pourra être de retenir des indicateurs pour chacun des quatre axes stratégiques retenus dans la Stratégie. Une autre manière consiste à regrouper ces indicateurs selon quatre catégories : Etat de santé, Facteurs de risque, Couverture par les services, Système de santé.

Enfin, la Cellule devra contribuer à la conduite d'évaluations, à différents moments, de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale sur la Couverture Sanitaire Universelle.

7.1. Dispositif institutionnel multi partenarial de pilotage

Le pilotage de la stratégie sera assuré par un Comité élargi aux différents secteurs de développement concernés. Le caractère multisectoriel de la stratégie et l'importance des autres départements ministériels dans les fonctions d'achat et d'offre de services justifient l'option d'assurer la présidence du Comité par le premier Ministre, le ministère chargé de la santé en assurant le Secrétariat. Pour cela le ministère de la santé mettra en place une Cellule technique chargée du suivi des décisions du Comité de pilotage et de la gestion de toutes les questions liées à la mise en œuvre notamment les activités de suivi et évaluation, en relation avec les chefs de programmes DPPD.

Le comité de pilotage aura pour mission entre autres d'appuyer la mobilisation des ressources, de veiller à la systématisation des audits/contrôles, à l'organisation de revues périodiques sur la base des résultats des rapports techniques et financiers (rapports d'évaluation, exécution budgétaire, fréquentation des services, couverture des groupes cibles, qualité des prestations et niveau de satisfaction des populations). Le comité de pilotage pourra aussi initier de nouvelles politiques ou des réformes en relation avec la stratégie. Le comité s'appuie sur le Cellule technique chargée de la gestion de la stratégie au sein du MSAS. Cette Cellule qui fait office de secrétariat technique pour le Comité sera créée par arrêté du ministre chargé de la santé. Elle pourra à son tour mettre en place autant de groupes de travail nécessaires pour remplir sa mission. Elle aura des démembrements au niveau des régions sous la présidence des gouverneurs.

7.2. Système de suivi et évaluation de la stratégie

Coordination. Le système de suivi et évaluation de la SNFS repose sur une coordination intersectorielle assurée par le Comité de pilotage décrit. Ledit Comité se réunit une fois par semestre en session ordinaire

sur convocation de son Président. Les ordres du jour sont arrêtés par le Président sur la base des propositions de ses membres. Il peut se réunir en session extraordinaire en cas de besoin. En dehors des sessions ordinaires le Comité peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président chaque fois que nécessaire.

Suivi. Le suivi des décisions du Comité de pilotage étant assuré par le Cellule chargée de la gestion de la stratégie, celle-ci mettra en place les outils nécessaires pour assurer la gestion de la stratégie. Elle veillera à la régularité des réunions institutionnelles à tous les niveaux et à l'animation des instances de concertation et groupes de réflexion autour des questions traitées par les groupes de travail. Les décisions prises dans ces différentes instances seront basées sur des données factuelles en relation avec le niveau des cibles des indicateurs de la stratégie¹⁰.

Les sessions du Comité nationale interministériel de pilotage de la stratégie nationale de développement de la Couverture Maladie Universelle sont préparées et documentées par son Secrétariat Permanent assuré par le ministère de la santé en charge également du suivi de la mise en œuvre des décisions et du relai entre Comité nationale interministériel de pilotage de la stratégie nationale de développement de la Couverture Maladie Universelle.

Evaluation. L'évaluation de la stratégie se fera mi-parcours (évaluation mixte) et à la fin de l'horizon fixée (évaluation externe). Les deux évaluations seront participatives et inclusives. Les résultats permettront de revoir les options dans le sens de renforcer les différentes fonctions de la stratégie

7.3. Communication stratégique

La réussite de la mise en œuvre de la SNFS repose sur son appropriation optimale par les différentes parties prenantes. Cela passe d'abord par la participation de toutes les parties prenantes à l'élaboration et au suivi des plans annuels de mise en œuvre de la stratégie qui seront sous la coordination de la Cellule technique chargée de la gestion de la stratégie. Ensuite un plan de communication adapté sera élaboré pour assurer la participation active de toutes les parties prenantes et assurer l'appropriation des différentes options par les populations.

¹⁰ Tableau des indicateurs produit par le groupe Suivi Evaluation sera insérer une fois que le draft sera stabilisé. Un nombre limité d'indicateurs sera sélectionné à partir de la liste proposée par le groupe thématique Suivi et Evaluation.

ⁱ MEFP/ANDS (2016) : projections population du Senegal 2013-2063, fevrier 2016

ⁱⁱ MEFP/ANDS (2014) : recensement general de population et de l'habitat, de l'agriculture et de l'elevage 9 RGPFAE-2013), septembre 2014, 218p

ⁱⁱⁱ

^{iv} MEFP/DPEE (2016) : Situation economique et financiere en 2016 et perspectives en 2017, octobre 2016, 41p

^v MSAS/DGAS (2015) : Plan strategique 2015-2024 de la Direction Generale de l'Action Sociale.

^{vi} Rapport de performance DSRSE 2015 (completer references)

^{vii} FASEG /MSAS (2014) : Evaluation du plan SESAME,

^{viii} RGPFAE-ANSD 2013

^{ix} PNUD (2013) : Rapport annuel sur le developpement humain ; mars 2013, 111p.

^x MEFP/ANDS (2013) : Situation Economique et Sociale du Senegal, fevrier 2013, 351p)

^{xi} ANSD, MSAS, OMS (2015) Enquet national sur le sfacteurs de risque sdes maladies non transmissibles, 39p

^{xii} Magor Sow et Al (2013): rapport d'analyse sur es depenses catastrophique sde sante et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilistaion des services au Senegal,2005-2011; African health monitor ; juillet 2013, 50p

^{xiii} Union Africaine (2016) : Tableau de bord de l'Afrique sur les financements nationaux de la sante, 1p